UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche
de Sciences médicales et pharmaceutiques

Année 1972 - Thèse N° 241

La protection maternelle et infantile en République Populaire du Congo

Situation actuelle et perspectives d'avenir

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le Mercredi 29 Novembre 1972

par Pierre MOBENGO
Élève de l'École du Service de Santé des Armées - Bordeaux
né en 1945 à BOLÉKÉ (République Populaire du Congo)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. P. FRÉOUR, Professeur . . . . . Président

M. R. MAHON, Professeur . . . . . Juges

M. A. SERISÉ, Professeur . . . . . Juges

M. J.M. GUILLARD, Agrégé . . . . . Juges

Éditions Bergeret, 2, rue Bergeret - BORDEAUX
— Tél. 91.12.59 —

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche
de Sciences médicales et pharmaceutiques

Année 1972 - Thèse N° 241

La protection maternelle et infantile en République Populaire du Congo

Situation actuelle et perspectives d'avenir

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le Mercredi 29 Novembre 1972

par Pierre MOBENGO

Élève de l'École du Service de Santé des Armées - Bordeaux

né en 1945 à BOLÉKÉ (République Populaire du Congo)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. P. FRÉOUR, Professeur . . . . . Président

M. R. MAHON, Professeur . . . . . Juges

M. A. SERISÉ, Professeur . . . . . Juges

M. J.M. GUILLARD, Agrégé . . . . . Juges

Éditions Bergeret, 2, rue Bergeret - BORDEAUX
— Tél. 91.12.59 —

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Ta disparition fut pour nous une épreuve amère. Nous avions perdu un père, mais surtout un grand ami.
Nous avons dû nous frayer un chemin tout seul sur cette terre des hommes où tu nous avais toujours servi d'exemple de courage, d'effort et de persévérance, mais, et surtout, de bonté, de générosité.
Puisse notre comportement honorer à jamais ta mémoire.

A MA MERE

dont les sacrifices m'ont permis d'achever mes études.
J'imagine déjà ta joie.
Trouve dans ce travail la preuve d'un grand amour filial.

A LA MEMOIRE DE MON FILS, Jean-Yves

C'est à toi et aux nombreuses petites victimes de notre condition socio-économique que je dédie ce travail

A MES ENFANTS : Lucien, Noélie, Rosine, Willy

Avec toute mon affection.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547324_0005

A mon ami, le lieutenant Jean-Jacques Yvon NDOLOU

Une amitié d'enfants, une amitié née des cacahuètes. Quand l'incertitude et le découragement nous hantaient, nous nous disions toujours qu'il fallait lutter, qu'il fallait gagner. Vision et rêve d'enfants ! Car gagne-t-on jamais dans cette lutte pour la vie ?

Puisse notre amitié survivre au temps et à toutes les épreuves.

A TOUS LES MIENS

A mon ami, Gabriel NGAINDIRO

Elève de l'Ecole du Service de Santé des Armées

"qu'un ami véritable est une douce chose !"

A la mémoire de notre camarade DIATTA SIDILAMINE KOUNTA

Regrets éternels.

A TOUS LES STAGIAIRES AFRICAINS A L'E.S.N.

A TOUS LES MEDECINS CONGOLAIS

Sachons prendre les responsabilités qui sont les nôtres.

Aux Docteurs MOULIN et AUDOYNAUD

Chirurgiens à l'Hôpital Général de Brazzaville

Vifs remerciements et respectueux hommage.

A mes aînés et Maîtres,

les Docteurs A. CISSE et Y.V. LOPES

Vous nous avez fait bénéficier de vos connaissances.
Hommage fraternel et respectueuse gratitude.

Au Docteur Benoît LOEMBE

Directeur de l'Hôpital Général de Brazzaville

En témoignage de ma reconnaissance.

A tout le personnel du BLOC OPERATOIRE,
des Services de Chirurgie et de Maternité
de l'Hôpital Général de Brazzaville

Au Docteur EDNER BACKER

Médecin-Chef des Centres de P.M.I. de Brazzaville

Vous nous avez aidé avec beaucoup de patience à réaliser ce travail.
En témoignage de nos remerciements amicaux.

Au Commandant Joachin YHOMBY-OPANGO

Chef d'Etat Major Général
de l'Armée Populaire Nationale

Au Commandant Marien NGOUABI

Commandant en Chef de l'Armée
Populaire Nationale
Président de la République
Populaire du Congo

Hommage respectueux.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur J.M. GUILLARD

Maître de Conférences agrégé de Pédiatrie
et Génétique médicale
Médecin des Hôpitaux

Vous nous avez fait bénéficier de vos conseils dans l'élaboration du plan de ce travail.
Nous vous remercions d'avoir bien voulu siéger à notre jury de thèse.

Monsieur le Professeur A. SERISE

Professeur sans Chaire (Hygiène)
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médaille militaire
Croix de Guerre 1939-1945
Chevalier des Palmes académiques
Chevalier de la Santé publique
Officier de l'Ordre du Mérite

Nous lui sommes reconnaissant de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger ce travail.
Qu'il trouve ici l'expression de nos remerciements sincères.

Monsieur le Professeur R. MAHON

Professeur de Clinique d'accouchements
Gynécologue accoucheur des Hôpitaux, Chef de Service
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier des Palmes académiques
Chevalier du Mérite social

Six mois de stage hospitalier dans votre Service nous ont fait aimer l'Obstétrique et nous ont permis d'apprécier la qualité de votre enseignement.

Vous nous avez aidé dans ce travail en mettant à notre disposition vos documents personnels.

Nous garderons de vous le souvenir d'un Maître à l'esprit clair et brillant mais aussi celui d'un homme d'une grande gentillesse.

Le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail est pour nous l'occasion de vous assurer de notre profonde admiration et de notre gratitude.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. FREOUR

Professeur d'Hygiène et de Clinique de Pneumophtisiologie
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service
Membre de la Commission de la Tuberculose au Conseil supérieur d'Hygiène sociale
Expert de l'Organisation Mondiale de la Santé
Chevalier de l'Ordre national du Mérite
Officier des Palmes académiques
Chevalier de la Santé publique
Chevalier de l'Ordre national du Sénégal

Cher Maître,

Le haut intérêt que vous portez aux problèmes de Santé Publique, la haute qualité de votre enseignement et vos nombreux conseils sur la nécessité de développer la médecine préventive dans nos pays, nous ont conduit vers vous.

Votre aide spontanée nous a été très précieuse.

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en présidant notre jury de thèse.

Trouvez ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE EN REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO :

SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES D'AVENIR

P L A N

I. PREAMBULE.

II. PRESENTATION DE LA R.P.C.

A. Le milieu naturel.

B. L'économie.

C. Renseignements démographiques.

D. Aspects socio-culturels.

E. *Les structures sanitaires en R.P.C.*

III. ETAT ACTUEL DE LA P.M.I. EN R.P.C.

A. Généralités.

1. Concepts de base de la P.M.I.
2. Données historiques de la P.M.I. en R.P.C.
3. Problèmes à résoudre par les services de P.M.I.

B. Situation actuelle.

1. Organisation de la P.M.I. en R.P.C.
2. Les activités de la P.M.I. en R.P.C.
3. Bilan de fonctionnement.

C. Réflexions sur la situation actuelle.

1. Critiques des résultats.
2. Les insuffisances de la P.M.I. en R.P.C.
3. Difficultés propres à la P.M.I. en R.P.C.

IV. PERSPECTIVES D'AVENIR.

A. Evolution de la situation actuelle.

B. Perspectives d'avenir.

1. *Du point de vue législatif.*
2. *Du point de vue financier.*
3. *Du point de vue administratif.*
4. *Du point de vue médical.*

V. CONCLUSIONS.

P R É A M B U L E

L'état sanitaire d'un pays dépend essentiellement de son niveau économique. Les conditions économiques médiocres des pays du tiers-monde se répercutent avec un écho dramatique au niveau de la santé de la population et surtout de la population infantile.

La mortalité infantile est un drame et quiconque est père et médecin dans nos pays, le ressent encore avec plus d'acuité. Si l'on pense que sur 100 enfants qui naissent vivants 20 à 30 n'atteindront pas l'âge de cinq ans et que les 4/5ème de ceux qui passent ce cap, traîneront, toute leur vie peut-être, des séquelles d'une malnutrition ou des parasitoses intestinales et sanguines, on voudrait, avec toute l'ardeur de la jeunesse, mettre fin à ce "gaspillage de ressources humaines".

MAIS COMMENT ?

C'est en cherchant la réponse à cette angoissante question que nous avons choisi la "Protection Maternelle et Infantile en République Populaire du Congo" comme sujet de notre thèse.

Nous n'avons aucune prétention d'écrire un "ouvrage scientifique" : c'est que, sur la fin de nos études médicales, nous avons voulu réfléchir sur le cadre dans lequel nous irons exercer et les problèmes qui nous y attendent.

L'O.M.S. insiste sur la nécessité impérieuse de développer la médecine préventive dans nos pays : "Vouloir attaquer les maladies l'une après l'autre est une entreprise difficile étant donné la dissémination des habitants, la pénurie du personnel et la pauvreté des crédits. Par contre le développement des techniques de médecine préventive : assainissement, éducation sanitaire, vaccinations paraît une solution plus rationnelle. Elles permettent de lutter contre un ensemble de maladies et doivent susciter la collaboration de la population à sa propre défense".

La pierre de fond de la médecine préventive est l'éducation sanitaire. Pour être efficace, cette éducation sanitaire doit porter sur une préoccupation majeure de la population. La mortalité infantile par son côté affectif, économique et social, inquiète les familles, les pouvoirs publics et le corps sanitaire. La mère sera plus attentive aux conseils que l'on donne pour préserver la santé de son enfant.

Telles sont les raisons qui font pour nous de la P.M.I.l'axe de l'éducation sanitaire : la population sera sensibilisée aux problèmes qui touchent la santé de l'enfant et de la mère et le travailleur sanitaire sera instruit des actes de santé publique.

LA REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO

PRÉSENTATION DE LA RÉPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO

A. *LE MILIEU NATUREL.*

La R.P.C. est limitée au Nord par la République Centrafricaine et le Cameroun, à l'Ouest par le Gabon, à l'Est par la République du Zaïre et au Sud par l'Océan Atlantique.

A cheval sur l'Equateur, la R.P.C. couvre une superficie de 342 000 km2.

Le relief est fait de :

- au Nord, la grande forêt équatoriale au milieu de laquelle coule le Congo et ses affluents : c'est la Cuvette Congolaise, vaste pays marécageux, paradis des moustiques et des glossines;
- au Sud, la forêt du Mayombe et les rivières côtières : Louesse, Kouilou, Niari;
- au Centre, les plateaux Batékés, savane au relief accidenté.

Le climat est tropical, humide, la température oscille entre 18 et 32°.

B. L'ECONOMIE.

La R.P.C. est un pays essentiellement rural et son industrialisation se fait à partir des produits de l'agriculture : huileries, sucreries, bois.

Le P.N.B. (Produit National Brut) est de 255 dollars/habitant.

C. RENSEIGNEMENTS DEMOGRAPHIQUES.

La population de la R.P.C. est de 1 100 000 habitants.

1. Densité.

La densité de la population varie d'une région à une autre allant de 22,1 habitants/km2 à 0,3 habitant/km2 avec une moyenne de 3,1 habitants au km2 pour l'ensemble du territoire.

2. Répartition géographique.

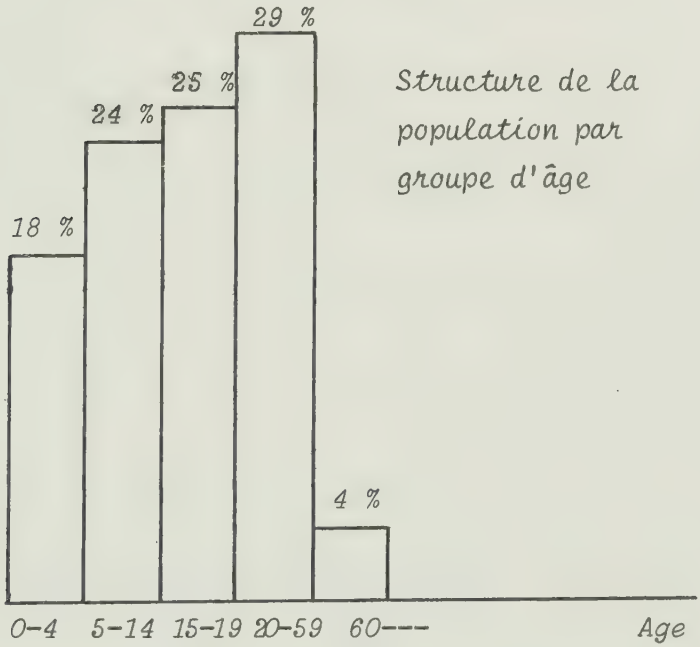
360 000 habitants, soit 33 % de la population totale résident dans les centres urbains suivants :

- Brazzaville : 180 000 habitants
- Pointe-Noire : 118 000 -
- Dolisie : 34 000 -
- Jacob : 28 000 -

Ainsi 740 000 habitants constituent la population rurale, avec une plus forte densité dans les régions du Sud.

3. *Structure de la population par groupe d'âge.*

Selon une enquête de l'U.D.E.A.C., la population de la R.P.C. se répartit de la manière suivante :



Structure de la population par groupe d'âge

- 0 à 4 ans : 18 % soit 198 000 habitants
- 5 à 14 ans : 24 % soit 264 000 -
- 15 à 19 ans : 25 % soit 275 000 -
- 20 à 59 ans : 29 % soit 319 000 -
- 60 ans et plus : 4 % soit 44 000 -

Il s'agit d'une population jeune : de 0 à 19 ans cette fraction atteint 737 000 habitants soit 67 % de la population totale.

C'est une population dite "progressive" avec un groupe d'âge jeune considérable.

4. *Structure par sexe (U.D.E.A.C. 1969).*

de 0 à 14 ans : 46 % sexe masculin
54 % sexe féminin

de 15 à 60 ans : 111 femmes pour 100 hommes.

5. *Taux de natalité (enquête U.N.E.S.C.O. 1969).*

Rapport entre le nombre de naissances survenues en un an (N) et l'effectif de la population correspondant (P)

$$\text{donc } TN = \frac{N}{P}$$

en R.P.C. il est de 47 ‰

6. *Mortalité (Enquête O.C.A.M. 1969).*

a. Mortalité infantile : nombre de décès d'enfants de 0 à 1 an pour 1 000 naissances vivantes

En R.P.C. taux de mortalité infantile : 180 ‰.

b. Mortalité générale : nombre de décès annuels pour 1 000 résidents

En R.P.C. il est de 24 ‰.

7. *Accroissement naturel :*

$$\frac{\text{Nombre de naissances vivantes contre des décès ...} \times 100}{\text{Effectif moyen de la population}}$$

. Taux d'accroissement naturel : 1,6 % par an. Le taux d'accroissement moyen en Afrique est de 2,4. "Le taux idéal de 4 % permettrait un accroissement satisfaisant des personnes pouvant avoir une activité productive, et constitue un des objectifs à long terme. Cela n'est réalisable qu'en réduisant la mortalité dans le groupe d'âge le plus vulnérable (0-5 ans) donc en assurant une meilleure couverture sanitaire".

L'espérance de vie à la naissance est de 37 ans.

D. *RENSEIGNEMENTS FINANCIERS* (Tabl. n° 1).

E. *LES ASPECTS SOCIO-CULTURELS.*

1. *La scolarisation.*

La R.P.C. déploie de gros efforts pour endiguer une population scolaire sans cesse croissante dont le taux de la scolarisation par rapport à tous les enfants scolarisables est de 82,3 %.

Les garçons représentaient en 1970 environ 56,5 % des effectifs scolaires, les filles 43,5 % (Enseignement primaire).

2. *L'analphabétisme* malgré tout occupe encore une large place, surtout parmi la population adulte. Un effort est cependant fait en milieu urbain comme en milieu rural par le Service d'alphabétisation : nombreux sont les adultes qui fréquentent les cours du soir. Malheureusement l'enseignement est dispensé, pour l'instant, en langue française, ce qui réduit sans doute sa portée.

Tableau n°1 - Renseignements financiers. Budgets Service Social, Santé Publique et Nationaux.

A N N E E	Budget Service Social (1)	Budget Santé	Budget de la Nation (2)	Rapport (1) et (2)
1966	52 971 625	701 600 408	11 145 314 377	0,48 %
1967	50 332 705	1 134 984 570	13 097 967 784	0,46 %
1968	51 595 879	1 187 232 647	14 833 272 885	0,37 %
1969	73 403 990	1 358 950 190	15 939 109 040	0,45 %
1970	83 664 680	1 328 920 000	18 100 000 000	0,46 %
1971	90 042 460	1 184 974 067	19 555 441 000	0,47 %

Budgets Nationaux et de la Santé de 1966 à 1971.

A N N E E	Budget Santé (1)	Budget de la Nation	Rapport (1) et (2)	Dépense par habitant
1966	701 600 408	11 145 314 377	6,29 %	637
1967	1 134 984 570	13 097 967 784	8,77 %	1 031
1968	1 187 252 647	14 833 272 885	8 %	1 079
1969	1 358 950 190	15 939 109 040	8,52 %	1 228
1970	1 328 920 000	18 100 000 000	7,4 %	1 208
1971	1 184 974 067	19 555 441 000	6,05 %	1 077

3. Les coutumes magico-religieuses :

Il existe de nombreux usages et croyances qui, dans le milieu traditionnel congolais, ont pour but de "protéger" les mères et les enfants.

Nous citerons quelques uns à titre d'exemples :

- la femme enceinte est estimée dans la famille et considérée avec beaucoup d'égard;
- après l'accouchement elle doit rester une ou deux semaines à l'intérieur de la case, au repos : les autres femmes lui fournissent ses repas qui sont en général copieux et variés;
- l'enfant est considéré comme la réincarnation d'une personne de la famille décédée;
- la mère et le bébé ont droit chaque matin à un bain dans la rivière : une rivière qui sert aussi bien de poubelles que de fosses d'aisance !
- les sucreries sont réputées vermigènes;
- il ne faut pas donner à boire au petit diarrhéique ! "il faut qu'il mange !!!".

F. SITUATION MEDICALE.

1. Formations sanitaires et capacités (Tabl. n° 2).

L'ensemble du pays est divisé en 9 régions sanitaires.

Le tableau n° 2 montre que la R.P.C. avec une population de 1 100 000 habitants possède 5 541 lits. Soit 5 lits pour 1 000 habitants ou 1 lit pour 200 habitants.

Il existe dans le pays 106 formations sanitaires dotées de pavillon d'hospitalisation et comprenant 5 541 lits. Il faut ajouter à cela 37 formations sanitaires privées : propriété des missions religieuses et de grosses sociétés.

Tableau n°2 - Formations sanitaires et capacité (2) - Année 1971.

REGIONS	Hopitaux généraux	Centres hospitaliers régionaux	Centres hospitaliers	Centres médicaux	Infirmeries	Dispensaires	Total formations	Lits	Taux d'occupation	Population Lits	Lits 1000 hab.
KOUILOU (+ P.N.)	1	-	1	2	3	29	36	892	78 %	189	5,3
NIARI	-	1	-	1	8	34	44	474	64 %	253	4
LE KOUMOU	-	-	-	1	7	12	20	282	21 %	228	4,4
BOUENZA	-	-	-	3	7	18	28	468	47 %	271	3,7
POOL (+ B/ville)	1	-	4	3	34	55	97	2 316	82 %	151	6,7
PLATEAUX	-	-	-	2	9	14	25	325	41 %	312	3,2
CUVETTE	-	-	-	4	7	28	39	459	21 %	253	4
SANGHA	-	-	-	1	4	3	8	188	35 %	172	5,2
LIKOUALA	-	-	-	1	2	14	17	137	29 %	230	4,5
TOTAL R.P. CONGO	2	1	5	18	80	208	314	5 541	76 %	200 (1)	5

(1) 1 lit pour 200 habitants.
(2) Y compris les formations des entreprises publiques et para-publiques et privées.

Si le taux d'occupation générale des lits est de 76 %, celui des formations urbaines pose des problèmes profonds :

- Hôpital Général de Brazzaville : 940 lits, taux d'occupation 116 %.
- Hôpital A. SICE de Pointe-Noire : 750 lits, taux d'occupation 86 %.
- Centre hospitalier de Dolisie : 235 lits, taux d'occupation 61 %.

La surpopulation dans les villes provient du nombre important des évacuations sanitaires et du manque de médecins dans certaines localités.

2. *Personnel* (Tabl. n° 3).

L'effectif en personnel congolais intéressant directement la P.M.I. comprend :

- 4 médecins
- 59 Sage-Femmes
- 40 puéricultrices
- 25 assistantes sociales
- 72 auxiliaires sociales (Monitrices)
- 92 aide-sociales
- 13 jardinières d'enfants.

Ces effectifs locaux sont renforcés par le personnel de l'Assistance Technique des pays amis qui comprend notamment :

- 109 médecins
- 23 pharmaciens
- 8 dentistes
- 9 Sage-Femmes
- 29 infirmières.

Tableau n° 3

Effectifs du Personnel

31 Janvier 1972

Tableau n°3 - Effectifs du Personnel - 31 janvier 1972.

	Formations sanitaires		PERSONNEL												
			Médical												
	Nombre de centres	Nombre de lits	Médecins	Pharmaciens	Dentistes	Sage-Femmes	Infirm. d'Etat	Ag. T. Ppaux	Agents Techn.	Infirm. brevetés	Puéricultrices	Aide-Puéricult.	Tech. de Labo.	T. Aux. Labo.	Ing. Sanit.
KOUILOU	19	72	1			1	3	3	3	26	2				
NIARI	44	474	5			3	6	7	4	54	4		2	3	
BOUENZA	28	468	2			1	1	3	4	17	1			3	
LE KOUMOU	20	282	1			1	5	1	2	3			2	1	
POOL	57	1142	2			1	4	1	6	24				1	
PLATEAUX	25	325	2				9		2	17					
CUVETTE	39	459	8	1		1	11	2		24				6	
LI KOUALA	17	137	2				8	1	3	15	1			3	
SANGHA	8	188	1			1	2	2	2	10	1	1	1	2	
B/VILLE	40	1174	66	8	2	43	56	38	55	162	25			21	
P/NOIRE	17	820	22	4	1	7	12	4	19	106	6		1	3	
T O T A L	314	5541	112	13	3	59	117	62	100	458	40	1	6	44	

PERSONNEL															
-Médical					Administratif						Services généraux				Totaux par région
Agents d'Hyg.	Infirmiers	Mat. Accouch.	Aux. Hospit.	Autres para-médical	Ad. Adjt Santé	Sec. Compta.	Sec. d'Adminis.	Sec. Médicaux	Commis	Autres pers. administ.	Ouvriers	Aides	Chauffeurs	Manoeuvres	
	24	15	16						1	2	3		1	19	120
3	38	21	8	57	1	1		2	4	6	14	3	8	43	297
	9	12	6	18					2		9		2	6	96
1	11	24	16	9					1		2		2	19	101
1	61	18	13	9				1	3		2		4	11	162
	34	18	1					1	1				1	17	104
	44	15	4	6	1			1	1	2	6		5		139
	5	24	2	2					1		1		2	8	79
	8	18	1	4							5		2	12	73
24	72	64	129	233	6		2	3	103	32	94	20	59	316	1737
2	20	9	22	55	3		1	3	23	8	33	2	14	155	496
31	426	238	218	393	11	1	3	11	140	50	169	25	100	566	3404

3. *Médecine préventive.*

a. *Le Service d'Epidémiologie et de Grandes Endémies.*

Il comprend 4 secteurs opérationnels et a sous sa dépendance les Services d'Hygiène Générale (Brazzaville, Pointe-Noire) et les Services d'Hygiène Scolaire (Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie).

b. *Le Service de Protection Maternelle et Infantile et de l'Hygiène Sociale* qui a été créé en 1966.

ETAT ACTUEL DE LA P.M.I. EN R.P.C.

A. *GENERALITES.*

1. Concepts de base de la P.M.I.

a. L'évolution de concept de P.M.I. dans le temps et l'espace.

Dans toutes les sociétés humaines, existent ou ont existé des tabous, des interdits, des préceptes coutumiers dont le but évident est de protéger les mères et les enfants contre le mauvais sort, la maladie et la mort.

Mais l'expérience ayant montré le caractère inopérant de ces mesures, on en était presque venu à considérer comme une sorte de fatalité le fait que sur 6 à 10 enfants d'une famille ordinaire, 3 à 5 devaient mourir en bas âge.

Il a fallu le prodigieux développement scientifico-technique des quatre derniers siècles pour que des mesures rationnelles, à efficacité croissante, soient mises en oeuvre en Europe d'abord, puis un peu partout dans le monde. Le résultat en a été le recul rapide, au cours des cent dernières années, de la mortalité maternelle et infantile, surtout en Europe.

Du point de vue historique, une action rationnelle a été à l'origine l'initiative de personnalités éminentes, relayées bien plus tard par les gouvernements.

Mais très vite, il s'est avéré que la lutte con-

tre les maladies et la mortalité ne saurait rester le fait de gouvernements isolés. D'où la prolifération au cours des cent dernières années d'organisations internationales spécialisées telles l'O.M.S., l'U.N.I.C.E.F., la F.A.O., le C.I.E. ...

En outre, dans les pays précédemment dominés, colonisés ou semi-colonisés, la libération économique et politique s'est révélée comme le plus puissant facteur capable d'élever rapidement le niveau de vie et de réduire la mortalité infantile.

Du point de vue organique, l'ensemble de ces moyens de lutte peut être englobé dans ce qu'il est convenu d'appeler la Proction Maternelle et Infantile, plus familièrement P.M.I.

b. Définitions de la P.M.I.

La P.M.I. s'étend d'un ensemble de mesures d'ordre médico-social visant à assurer le déroulement heureux de la grossesse et de l'accouchement, à la mise au monde d'un enfant sain, indemne de toute tare héréditaire ou congénitale, en fin le cours harmonieux de la croissance et du développement physique et mental de cet enfant.

"La protection de la maternité est l'ensemble de mesures qui permettent de sauvegarder la santé des femmes au cours de la grossesse et pendant l'allaitement, de leur apprendre les soins à donner aux enfants, de leur permettre d'accoucher normalement et de donner le jour à des enfants sains" (O.M.S. ser. rapport techn. n° 331, 1966).

"La P.M.I. s'intéresse aux exigences biologiques de la reproduction, de la croissance et du développement, aux risques que les mères et les enfants peuvent encourir du fait même de ces exigences, ainsi qu'aux services spéciaux nécessaires pour parer à ces risques" (O.M.S. ser. rap. tech. 1969, n° 428, p. 5).

Les services de P.M.I. doivent se proposer pour but idéal de faire en sorte que "dans toute la mesure du possible, chaque enfant vive et grandisse dans un foyer

familial, qu'il se sent aimé et en sécurité dans un cadre sain, qu'il soit nourri convenablement, qu'on veille sur sa santé en lui assurant notamment les soins médicaux nécessaires, et qu'on lui inculque les indispensables notions d'hygiène de vie" (O.M.S. Ser. rap. tech. 1957 n° 115).

L'un des objectifs des services de P.M.I. est "la prévention des déficiences et le traitement précoce des maladies dont les séquelles peuvent être handicapants".

c. Les tâches de la P.M.I.

Dans sa démarche pratique, la P.M.I. s'assigne les tâches suivantes :

1° - Prévenir, dépister et si possible, traiter la stérilité.

2° - Veiller à ce que le mariage (ou l'acte de procréation) soit conclu entre conjoints sains, indemnes de toute tare qui pourrait être transmise à leur descendance. Tout au moins les conjoints en seront avertis.

3° - Suivre pas à pas la progression de la grossesse, dépister et traiter à temps toute maladie intercurrente, supprimer tout facteur qui pourrait entraver le cours normal de la grossesse ou de l'accouchement et mettre en danger la vie de la mère ou de l'enfant.

4° - Instruire la mère ou la future mère des principes indispensables d'hygiène de la grossesse et de puériculture.

5° - L'enfant une fois né, surveiller sa croissance et son développement, prendre toute mesure appropriée pour prévenir les maladies contagieuses, transmissibles et autres qui auraient pu contrarier sa croissance, son développement ou interrompre le cours de sa vie.

Ces mesures d'ordre sanitaire sont renforcées par des mesures d'ordre social sans lesquelles la P.M.I. perdrait beaucoup de sa portée :

- Allocations familiales
- Allocations prénatales
- Allocation d'aide aux jeunes ménages
- Congés payés aux mères
- Secours alimentaires
- ...

d. Les bénéficiaires des activités de P.M.I.

Les activités de P.M.I. doivent spécialement profiter

- aux femmes enceintes
- aux femmes en couches, en suites de couches
- aux mères qui allaitent,
- aux nourrissons (de 0 à 1 an),
- aux jeunes enfants d'âge préscolaire (1 an à près de 5 ans révolus),
- aux enfants d'âge scolaire, scolarisés ou non.

2. Problèmes à résoudre par les services de P.M.I.

Ils sont centrés sur la prévention (collective ou individuelle) des maladies transmissibles, et non transmissibles, sur les soins aux malades et peuvent être envisagés comme suit :

- ceux qui concernent des maladies communes à toute la population (paludisme, tuberculose, malnutrition,....)
- ceux qui touchent spécifiquement l'enfant (les lésions obstétricales, la prématurité, les infections pulmonaires, les gastro-entérites...)
- ceux qui sont liés à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches (les infections, les hémorragies, la toxémie gravidique, les accouchements dystociques) affectent et compromettent les maternités ultérieures.

Aussi s'en est-on tenu jusqu'ici à une ligne plus pratique :

- Centres de P.M.I. dans les villes,
- Acitivités de P.M.I. dans les localités de l'intérieur.

3. *Données historiques de la P.M.I. en R.P.C.*

Avant 1966, les activités de P.M.I. étaient assumées dans les villes par les centres de puéricultrice rattachés aux services de santé préfectoraux. A l'intérieur du pays, elles constituaient (et constituent encore) une des multiples tâches des formations sanitaires ordinaires (Centres Médicaux, Infirmeries, Dispensaires).

C'est en 1966, qu'a été institué un Service Central de la P.M.I. et de l'Hygiène Sociales rattaché à la Direction de la Santé et dont le but est d'organiser et d'intégrer la P.M.I. sur l'ensemble du Territoire de la République.

L'ampleur d'un tel programme appelle des moyens qui dépassent pour le moment les possibilités du budget d'Etat.

B. SITUATION ACTUELLE.

1. Organisation de la P.M.I. en R.P.C.

a. ORGANISATION ADMINISTRATIVE.

- *Partie médicale*

. dans les villes

* Brazzaville :

4 centres de P.M.I.

1 à Bacongo
1 à Poto-Poto
1 à Ouenzé
1 au Plateau des Quinze ans

Seuls ces 4 centres sont effectivement contrôlés par le Service Central de la P.M.I.

Il faut y ajouter les consultations de P.M.I. de

. l'Hôpital Général
. l'A.P.N. (Armée Populaire Nationale)
. centres de préhospitalisation de Makélékélé et de Talangaï
. de la C.N.P.S. (Caisse Nationale de Prévoyance Sociale)

* Pointe-Noire :

1 Centre de P.M.I. autonome
1 Consultation de P.M.I. à la C.N.P.S.
1 Consultation de P.M.I. à l'Hôpital A. Cise.

. Dans les localités de l'intérieur

Certaines tâches de P.M.I. (consultations prénatales, pesées des nourrissons, éducation nutritionnelle) sont assumées par une partie du personnel des formations sanitaires locales, en étroite collaboration avec le Service Social.

Ces activités de P.M.I. fonctionnent à Dolisie, Sibiti, Jacob, Madingou, Kinkala, Boko, Djambala, Gamboma

Boundji, Fort-Rousset, Makoua, Mossaka, Ouesso, Souanké, Impfondo.

Au fur et à mesure de l'affectation du personnel qualifié, ces activités s'étendent à d'autres localités.

Depuis peu, fonctionne à Kinkala (70 km de Brazzaville) sous la supervision de l'O.M.S. et l'U.N.I.C.E.F. un Centre Pilote destiné à la formation et au recyclage du personnel en vue de l'extension des services de santé de base. Ces services de santé à activité intégrée voueront une large part de leur temps à la P.M.I. Il est permis d'en espérer beaucoup pour l'organisation adéquate de la P.M.I. dans l'ensemble du pays.

- *Partie sociale*

Des services à vocation sociale apportent une contribution précieuse, ce sont :

. *Le Service Social* (Direction des Affaires Sociales) dont les Centres Sociaux répartis sur l'ensemble du pays réalisent sur une large échelle la diffusion de l'éducation nutritionnelle, de notions de puériculture et d'économie ménagère.

La distribution de secours alimentaires attire un grand nombre de mères aux séances éducatives et, dans certains cas, arrive même à sauver un grand nombre d'enfants de la faim et de ses conséquences. Cette distribution reste cependant un appoint à l'utilisation optimale des produits locaux.

. *La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale* (C.N.P.S.) organisme autonome relevant du Ministère du Travail.

Ses interventions en matière de P.M.I. sont nombreuses :

* consultations de P.M.I. dans certaines villes (Brazzaville, Pointe-Noire)

* Allocations prénatales

* Allocations de naissances
* Allocations de maternité (Congés payés aux mères salariées)
* Allocations familiales.

. *Etablissements publics* (Tabl. n° 5 et n° 4).

b. MESURES LEGISLATIVES.

Le Code de la Santé Publique de la R.P.C. est encore en voie d'élaboration. En attendant, c'est le code français de la Santé Publique qui demeure en vigueur.

Pour ce qui concerne la P.M.I. certaines dispositions de ce code, difficilement applicables à nos conditions locales, ont dû être modifiées à l'époque coloniale par des arrêtés territoriaux dont les textes sont devenus introuvables.

Ce sont des modifications qui ont aujourd'hui force de loi.

Ainsi :

- si la fréquentation des consultations prénatales est encore exigée pour le versement des allocations prénatales aux salariés, 3 examens prénataux seulement sont obligatoires : ceux des 3ème, 6ème et 8ème mois;
- l'éventail des investigations cliniques ou para-cliniques indispensables varient avec l'équipement et l'effectif en personnel qualifié de la formation sanitaire de la localité où se tient la consultation prénatale. L'examen clinique général du 3ème mois est devenu facultatif de même que les examens radiologiques.
- En dehors de l'examen obstétrical les investigations les plus courantes sont :

  . la recherche des protéines dans les urines
  . les tests sérologiques de la syphilis
  . la recherche d'hématozoaire du paludisme dans le sang
  . l'examen des selles
  . l'examen bactériologique des prélèvements vaginaux.

Tableau n°4 - Affaires Sociales - Etablissements Publics.

REGIONS	Centres Sociaux polyvalents	Jardins d'enfants	Services Sociaux d'entreprises	Crêches	Totaux par région
KOUILOU	2	-	1	-	3
NIARI	4	1	1	1	7
LE KOUMOU	-	-	-	-	-
BOUENZA	-	-	-	-	-
POOL	-	-	-	-	-
PLATEAUX	-	-	-	-	-
CUVETTE	2	-	-	-	2
SANGHA	1	1	-	-	2
LIKOUALA	1	-	-	-	1
BRAZZAVILLE	8	15	6	4	33
POINTE-NOIRE	8	5	3	1	17
T O T A L	26	22	11	6	65

Tableau n°5 - Effectifs des Jardins d'Enfants Publics.

L I E U X	Nombre d'enfants	Personnel
B R A Z Z A V I L L E :		
Poto-Poto	230	4
Bacongo	65	2
Makélékélé	165	8
Ba Congo U.R.F.C.	56	3
Centre Polios Ba Congo	64	1
Centre Polios Moungali	54	2
Camp A.P.N. Maya-Maya	40	3
Camp A.P.N. Milice	70	3
Camp A.P.N. 15 août	300	5
Camp A.P.N. Mpila	180	2
Moungali III	210	7
Total B R A Z Z A V I L L E	1 434	40
P O I N T E - N O I R E	79	3
D O L I S I E	81	2
O U E S S O	35	1
Total E X T E R I E U R	195	6
T O T A L C O N G O	1 629	46

Les consultations de nourrissons sont très peu réglementées.

Quant aux examens prénuptiaux, ils n'ont qu'une existence de principe. Et seuls quelques conjoints très évolués consentent à s'y soumettre.

2. *Les activités de P.M.I. en R.P.C.*

a. LES TACHES DE LA P.M.I.

1. *Consultations prénuptiales.*

Elles sont pratiquement inexistantes, nous l'avons dit.

2. *Consultations prénatales.*

A partir du 3ème mois, les femmes enceintes sont soumises à des examens médicaux périodiques. En R.P.C. ils ont obligatoires aux 3ème, 6ème et 8ème mois.

Aux 3ème mois sont ordinairement pratiqués :

- un examen obstétrical,
- la recherche d'albumine dans les urines, de parasites dans les selles et d'hématozoaires du paludisme dans le sang,
- les tests sérologiques de la syphilis.

Dans certains centres bien équipés peut être pratiquée une radiologie pulmonaire.

Là où exerce un médecin, un examen clinique général peut compléter la série.

La détermination du groupe sanguin et la recherche d'anticorps d'iso-agglutination sont tout-à-fait exceptionnelles.

Aux 6ème et 8ème mois, c'est l'examen obstétrical qui se répète avec la recherche d'albumine dans les urines.

Des séances plus fréquentes de pesées et de mesure de la T.A. permettent de revoir un peu plus souvent les gestantes.

Quand des troubles sont décelés, suivant le degré de gravité la gestante peut être traitée sur place ou évacuée sur un Centre mieux équipé.

Le Service Social joue aussi un rôle important par les visites à domicile et l'organisation de rassemblements éducatifs portant sur :

- l'hygiène générale
- l'hygiène de la grossesse
- l'éducation nutritionnelle
- l'éducation ménagère
- les soins aux nourrissons
- diverses prestations aident les salariés à faire face aux besoins accrus créés par la venue prochaine d'un nouveau membre dans la famille.

3. *Consultations de nourrissons et d'enfants d'âge préscolaire.*

- Protection du nourrisson :

Elle commence par la séro-prévention antitétanique précoce; dans les premières heures qui suivent la naissance, injection de sérum antitétanique (750 UI).

Dès les deux premières semaines de la vie la prévention du tétanos ombilical (pansements ombilicaux) permet déjà de tenir les mères en contact avec le Centre de P.M.I. Ces séances sont malheureusement peu fréquentées.

Vers la fin du premier mois commencent les consultations périodiques de nourrissons sains et malades. En cas de maladie, le bébé est présenté au Médecin. Sinon c'est une fois par mois que celui-ci examine les enfants sains.

- Protection d'enfants d'âge préscolaire.

Les mêmes mesures sont appliquées que pour la protection du nourrisson. Les visites sont plus espacées. On consolide par des rappels l'immunisation contre les maladies contagieuses. La protection contre le paludisme est maintenue.

Malheureusement des mères apportent une certaine négligence à la fréquentation de ces consultations quand les enfants ne sont pas malades.

C'est le service social qui permet de récupérer les enfants de cet âge. On peut les retrouver dans les garderies, les jardins et les cercles d'enfants.

D'ailleurs ces institutions ne recevant qu'un effectif restreint on comprend que la plupart des enfants d'âge préscolaire échappent à l'action de la P.M.I.

4. *Prophylaxie des maladies contagieuses et transmissibles.*

- B.C.G. précoce dès que le poids de naissance est récupéré,
- 3ème mois : 1er Tétracoq
- 4ème mois : 2e Tétracoq
- 5ème mois : 3e Tétracoq
- 6ème mois : vaccination antirougeoleuse
- 7-8e mois : vaccination antivariolique

(parfois faites simultanément)

- 11-12ème mois : rappel Tétracoq
- 12-13ème mois : vaccination antiamarile.

En même temps que la vaccination antivariolique commence la chimioprophylaxie antipalustre.

Dans les localités de l'intérieur les vaccinations sont assurées par le service de l'Epidémiologie et des Grandes Endémies. Il est pratiqué simultanément 4 vaccinations; sans grand inconvénient

- B.C.G.
- Antirougeoleux
- Antiamaril
- Antivariolique.

Le calendrier de vaccinations en usage, s'il était correctement suivi, assurerait avant le 12ème mois déjà l'immunisation de l'enfant contre la plupart des fléaux qui menacent cet âge (Tétanos, coqueluche, diphtérie, poliomyélite, rougeole, variole, fièvre jaune).

5. *Planning familial.*

Le dépistage et le traitement de la stérilité ne sont qu'au stade de projet.

La contraception est faite à la demande.

6. *Education sanitaire.*

. L'éducation sexuelle serait faite dans les lycées et collèges et au Centre d'Enseignement Supérieur. Ce n'est encore qu'un projet.

. L'hygiène individuelle et collective est enseignée au cours des séances organisées dans les centres de P.M.I. à l'intention des mères avec la participation du Service Général de l'Hygiène dans les grandes villes et du Service de l'Epidémiologie et des Grandes Endémies dans les localités de l'intérieur.

. L'éducation nutritionnelle est faite exclusivement en milieu urbain. Elle porte sur :

- l'allaitement au sein
- l'alimentation du nourrisson
- l'initiation au sevrage.

Les séances ont lieu une fois par semaine dans les centres de P.M.I. La Radio et la Télévision sont utilisées pour atteindre les populations éloignées.

7. Soins.

La carence en personnel médical impose aux Médecins des consultations prénatales l'obligation d'administrer les soins aux malades dépistés.

b. LE FONCTIONNEMENT DE LA P.M.I.

1. Consultations de P.M.I.

Elles se pratiquent :

- soit dans les Centres de P.M.I. dont elles constituent l'essentiel de l'activité
- soit dans les hôpitaux de ville, les Centres Médico-Sociaux et les formations sanitaires de l'intérieur. Elles ne représentent alors qu'une tâche parmi d'autres.

2. Centres de P.M.I. (Exemple : Centre de P.M.I. de Poto-Poto)

- Schéma d'organisation
  - . Section soins
  - . Section Prévention et Education
    Les activités de ces 2 sections s'interpénètrent.

1° Section soins

- . Consultation générale
- . Salles de soins (injections, pansements, administration des comprimés)
- . Pharmacie
- . Fichier et Laboratoire (commun aux deux sections).

2° Section Prévention et Education

- . Consultations femmes enceintes, nourrissons et enfants
- . Pansements ombilicaux
- . Pesées

. Vaccinations
. Distribution Nivaquine
. Démonstrations pratiques et conseils aux mères.

- Personnel

. Médecin, Chef de Service
. Infirmier diplômé d'Etat ou Agents Techniques (un de ceux-ci est adjoint au chef de service)
. Autres infirmiers de qualification variée
. Sage-Femmes
. Infirmières accoucheuses
. Laborantins
. Puéricultrices, auxiliaires-puéricultrices
. Garçons de salle
. Chauffeurs
. Manoeuvres.

3. *L'activité des formations sanitaires polyvalentes.*

Quand il s'agit d'activité de P.M.I. dans le cadre des formations sanitaires polyvalentes, le personnel est rare et l'activité ordinairement variable avec la qualification du personnel disponible.

Elle peut se limiter à la consultation prénatale et à la pesée ou au contraire aller jusqu'à l'éducation intensive.

4. *Le Service Social.*

1° Centre Social (Ex. Centre Social de Bacongo)

- Schéma d'organisation

. Section dépistage
Visites domiciliaires.

. Section Education

* Education ménagère (gestion, cuisine, couture, blanchisserie)

* Education Sanitaire : démonstrations, conseils aux mères, éléments de puériculture, etc ...
* Garderie ou / et Jardin d'enfants
* Activités culturelles

. Section Secours

* Secours alimentaires
* Secours divers aux nécessités spécialement des handicapés
* Placement.

- Personnel

. Assistante Sociale, Chef de Service
. Aides Sociales
. Auxiliaires-puéricultrices
. Jardinière d'enfants
. Femmes de ménage
. Chauffeur
. Manoeuvre.

2° Cercles d'Enfants (Ex. Cercle d'Enfants de Moungali III)

Institution toute récente.

- Schéma d'organisation

. Pouponnière - Orphelinat
. Garderie
. Jardin d'enfants
. Cantine.

- Personnel

. Assistante Sociale, Chef de service
. Psychologues
. Infirmière
. Aides-Sociales
. Auxiliaire puéricultrice
. Jardinières d'enfants

. Secrétaire
. Cuisinière
. Garçons.

3° Rôle du Service Social en matière de P.M.I.

Les établissements médicaux de P.M.I. sont fixes, ne recevant que les personnes qui consentent à les visiter. C'est le Service Social qui se déplace, entretient un contact permanent avec la population au moyen d'enquêtes, de visites domiciliaires etc... Il est aussi le mieux placé pour dépister précocement les problèmes de tous ordres qui concernent la P.M.I. : problèmes sanitaires, psychologiques, sociaux.

- Problèmes sanitaires

  . Maladies transmissibles ou non, flambées épidémiques saisonnières

  . Etat de nutrition des mères et des enfants

  . Fréquence des tares héréditaires ou congénitales

  . Problème d'hygiène privée ou d'hygiène générale

  . Péril vénérien ...

- Problèmes psychologiques

  . Milieu familial défavorable pour la santé mentale des enfants

  . Débilité mentale

  . Difficultés scolaires

  . Problèmes affectifs de tous ordres.

- Problèmes sociaux

  . Situation économique des parents
  . Conditions de logement
  . Chômage ...

Dans les limites de ses moyens le Service Social contribue à la solution des problèmes qu'il lui arrive de dépister. Soit qu'il les achemine vers les services compétents; il reste pour cela en liaison permanente avec les services (P.M.I. en particulier) soit qu'il intervienne directement : assistance à la famille, à l'enfance, assistance aux handicapés physiques et mentaux, rééducation fonctionnelle (des polios en particulier).

3. *Bilan de fonctionnement de la P.M.I. en R.P.C.*

Nous aurions voulu présenter le bilan de la P.M.I. en R.P.C. au cours d'une période de 3 ans. Malheureusement, ni le Service Central de la P.M.I., ni le Service des Grandes Endémies, ni la Direction Générale de la santé n'a pu nous fournir toutes les données souhaitables.

Du reste ce n'est qu'au cours des années 1970-1971 que le Service de la P.M.I. commence à se structurer sous l'impulsion du Dr SILOU puis du Dr BACKER.

a. BILAN DE LA PROTECTION DE LA MATERNITE.

1° Les consultations prénatales (Tabl. 6 et 6 bis).

Sur les 24 468 femmes qui ont accouché dans les maternités en 1970, 18 353 ce sont présentées en consultations prénatales.

2° La mortalité périnatale (Tabl. n° 7 et 7 bis).

C'est le "nombre de foetus décédés in utero durant le dernier tiers de la grossesse et des enfants décédés au cours de la première semaine qui suit l'accouchement".

En 1970, 1 061 décès périnatales sur 24 468 accouchements dans les maternités.

3° La mortalité maternelle (Tabl. n° 7 et 7 bis).

C'est le nombre de femmes décédées par suite de complications de la grossesse ou de l'accouchement pour mille naissances vivantes.

Son taux est de 10 ‰ en R.P.C.

b. BILAN DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE.

1° Consultations de nourrissons et d'enfants d'âgé préscolaire (Tabl. n° 6 et 6 bis).

C'est entre 0 et 1 an que les mères amènent le plus leurs enfants en consultation.

2° Principales vaccinations effectuées (Tabl. n° 6 bis et n° 8).

3° Morbidité et Mortalité infantile (Tabl. n° 9 et n° 10).

Les 6 principales causes de morbidité chez l'enfant sont :

. les gastro-entérites
. la rougeole
. la coqueluche
. le paludisme
. les infections respiratoires
. la malnutrition.

Entre 0 et 4 ans, l'ordre des causes de mortalité s'établit comme suit :
. maladies des voies respiratoires
. gastro-entérites et autres maladies diarrhéiques
. malnutrition
. rougeole
. paludisme
. tétanos.

Tableau n°6 - Protection Maternelle et Infantile en R.P.C.

ANNEES	MERES		ENFANTS		ENFANTS		ENFANTS	
	Consultations prénatales		Consultations post-natales		0 à 1 an		1 à 4 ans inclus	
	Consul-tantes	Consul-tations	Consul-tants	Consul-tations	Consul-tants	Consul-tations	Consul-tants	Consul-tations
1969	10 571	21 875	4 821	10 799	5 618	11 815	3 061	8 715
1970	18 353	44 361	9 926	23 921	13 510	55 212	9 177	40 593
1971	20 831	54 216	15 032	44 710	18 351	91 385	13 152	73 120

Bilan des consultations prénatales et des consultations d'enfants de 0 à 4 ans.

L'augmentation des chiffres des années 1970 et 1971 par rapport à ceux de 1969 est liée vraisemblablement, à l'organisation de la P.M.I. dans la région de Brazzaville, durant ces dernières années.

Tableau n°6 bis - Centre de OUENZE.

1 9 7 1	Femmes enceintes		Nourrissons		BW		BCG	Tétracq	V.antivariolique
M O I S	Consultantes	Consultations	Consultants	Consultations	Total	+			
Janvier	219	389	184	573	249	8	61	?	64
Février	176	314	147	291	197	7	98	36	128
Mars	242	378	136	519	242	11	195	42	108
Avril	170	356	155	415	218	5	?	?	?
Mai	227	353	153	386	?	?	82	48	?
Juin	275	364	146	470	?		?	?	?
Juillet	183	350	187	466	?		131	27	236
Août	182	352	153	669	?		?	26	250
Septembre	232	431	143	601	255	?	130	57	174
Octobre	175	347	154	502	?		228	76	255
Novembre	165	309	143	536	185		?	?	?
Décembre	194	343	145	490					
T O T A L	2 440	4 286	1 846	5 918					

Bilan de fonctionnement d'un centre de P.M.I. pendant une année.
(Ex. : Centre de P.M.I. de Ouenzé, 1971).

Tableau n°7 - Activité des Maternités et Services Obstétricaux.
Accouchements eutociques.

REPUBLIQUE DU CONGO	Accouchement d'un seul enfant				Accouchement gémellaires				Accouchement prématurés				TOTAL			
	Nombre	Décès enfants			Nombre	Décès enfants			Nombre	Décès enfants			Nombre	Décès enfants		
		Mort nés	DCD dans les 10 premiers jours	Mères		Mort nés	DCD dans les 10 premiers jours	Mères		Mort nés	DCD dans les 10 premiers jours	Mères		Mort nés	DCD dans les 10 premiers jours	Mères
Accouchements dans les maternités.....	21 347	362	159	19	277	49	27	1	1 081	144	165	1	23 765	553	351	21
Accouchements surveillés ..	25	10	15	3					10	3	3		33	13	20	3

Tableau n°7 bis - Activités des Maternités et Services Obstétricaux (suite).
Accouchements dystociques.

REPUBLIQUE DU CONGO	Accouchement d'un seul enfant				Accouchements gémellaires				Accouchements prématurés				TOTAL			
	Nombre	Décès enfants		Mères	Nombre	Décès enfants		Mères	Nombre	Décès enfants		Mères	Nombre	Décès enfants		Mères
		Mort-nés	DCD dans les 10 premiers jours			Mort-nés	DCD dans les 10 premiers jours			Mort-nés	DCD dans les 10 premiers jours			Mort-nés	DCD dans les 10 premiers jours	
Accouchements dans les Maternités	515	53	36	6	37	13	5		151	32	18		703	98	59	6
Accouchements surveillés ...																

Tableau n°8 - Rendement de la Médecine Préventive. Année 1970.

Population totale	1 100 000
Population de 0 à 4 ans	198 000
Population de 0 à 19 ans	737 000
Principales vaccinations effectuées	
. Variole	622 309
. Fièvre jaune	137 076
. Rougeole	79 802
. B.C.G.	76 563
. Poliomyélite	71 676
. Tétanos	42 468
. Coqueluche	649
Couverture Sanitaire	
. Variole/Population totale	54 %
. Rougeole/Population 0-4 ans	39,8 %
. Fièvre jaune/Population totale ..	12,4 %
. B.C.G./Population 0-19 ans	10,4 %
. Poliomyélite/Population 0-4 ans .	55 %
. Tétanos/Population totale	3,8 %

Tableau 9

Analyse des principales causes
de morbidité enregistrées
en 1970

Tableau n°9 - Analyse des principales causes de morbidité enregistrée

AGE / AFFECTIONS	0-1 an	1 à 4 ans	5 à 14 ans
Maladies appareil respiratoire	64 984	74 014	101 864
Parasites intestinaux	30 963	59 491	103 504
Maladies appareil digestif	28 790	43 040	83 684
Paludisme	36 478	51 890	61 012
Autres maladies parasitaires	17 103	35 563	60 418
Maladies appareil circulatoire	5 469	5 638	22 844
Gastro-entérites des nourrissons	39 265	22 415	-
Infections gonococciques	6	47	2 849
Dysenteries (toutes formes)	1 205	3 011	6 149
Rougeole	6 259	9 174	3 206
Syphilis (toutes les formes)	21	20	1 111
Coqueluche	2 262	4 144	1 774
Pian	405	861	848
Tuberculose appareil respiratoire	2	8	59
Lèpre	-	-	43
T O T A L G E N E R A L	233 212	309 316	449 365

970.

ans t +	T O T A L	Taux d'incidence %	Classement	Incidence par rapport aux 0-4 ans	Classement (0-4 ans)
754	375 616	23,7 %	1	37 %	5
719	309 677	19,5 %	2	29 %	7
822	284 336	17,9 %	3	25 %	9
822	204 202	12,9 %	4	43 %	4
276	187 360	11,8 %	5	28 %	8
868	68 819	4,4 %	6	16 %	11
-	61 680	3,9 %	7	100 %	1
286	34 188	2,2 %	8	0,1 %	13
529	20 894	1,3 %	9	20 %	10
-	18 639	1,2 %	10	82 %	2
559	8 711	0,5 %	11	0,4 %	14
-	8 180	0,5 %	12	78 %	3
364	3 478	0,2 %	13	36 %	6
575	644	0,0 %	14	1 %	12
447	490	0,0 %	15	-	15
021	1 586 914	100,0 %		34 %	

Tableau n°10 - Principales causes de décès enregistrées dans les formations sanitaires - Année 1970.

AGE / AFFECTIONS	0-1 an	1-4 ans	5-14 ans	15 ans et +	TOTAL	Pourcentage	Classement	Pourcentage par rapports aux 0-4 ans	Classement (0-4 ans)
Rougeole	147	209	155	--	511	28,7 %	1	69 %	4
Gastro-entérites et autres maladies diarrhéiques	109	224	18	8	359	20,2 %	2	92 %	2
Paludisme	67	98	97	63	325	18,3 %	3	51 %	5
Maladies des voies respiratoires	154	91	5	10	260	14,6 %	4	94 %	1
Carances alimentaires et avitaminoses	74	69	14	35	192	10,8 %	5	74 %	3
T é t a n o s	42	23	18	48	131	7,4 %	6	50 %	6
TOTAL GENERAL	593	714	256	215	1 778	100,0 %		76 %	

C. REFLEXIONS SUR LA SITUATION ACTUELLE.

1. Critiques des résultats.

a. LA SITUATION ACTUELLE EST MAL CONNUE.

L'absence d'un service valable de statistiques fait que les chiffres officiels sont souvent incomplets voire fantaisistes : ils se veulent optimistes :

1° toutes les femmes enceintes ne sont pas recensées; nombreuses sont encore celles qui accouchent au village;

2° les déclarations de décès d'enfants ne sont pas toujours faites et moins encore un diagnostic exact de la cause est mentionné.

L'hôpital Général fournit dans la règle des dossiers assez complets, mais ils ne réflètent que les problèmes sanitaires de Brazzaville et de la région qui l'entoure.

b. LA MORTALITE NEO-NATALE ET INFANTILE DANS D'AUTRES PAYS D'AFRIQUE (Tabl. n° 11).

La mortalité néonatale : c'est le nombre "d'enfants nés vivants et décédés avant la déclaration à l'état civil et des enfants décédés dans les 6 premiers jours après la naissance".

c. CROISSANCE ET MORTALITE AUX DIFFERENTS AGES.

- *Au moment de la naissance*

. dystocie
. prématurité

Le poids de naissance à terme moyen de l'enfant Congolais est de 2 800 - 2 900 g.

Tableau n°11 - Mortalité néo-natale, infantile et des premières années de la vie en R.P.C., comparée à celles de 3 pays de l'Afrique de l'Ouest.

P A Y S	Mortalité néonatale °/oo	Mortalité infantile °/oo	Mortalité de 0 à 4 ou 5 ans °/oo
NIGERIA Akonfo (Gilles)	50	109	430
NIGERIA Emesi (Melay)	78	114	572
GAMBIE Kenaba (Mac Gregor)	54	134	400
SENEGAL Khombole (Satge)	35	182	487
R.P.C. Hôpital Général (Baker)	37	180	420

. Le premier mois connait le taux le plus important de mortalité

- dystocie
- malformations
- infections
  + tétanos néo-natal
  + méningites purulentes
  + infections pulmonaires.

. Au-delà du premier mois et jusqu'à 6 mois

l'enfant est nourri généralement au sein et "son développement psychomoteur est remarquable : double son poids de naissance à 3 mois; se tient assis à cinq mois et sa courbe moyenne de poids dépasse largement celle du bébé européen" (SATGE et coll.)

L'infection, malgré l'allaitement au sein fait encore des ravages.

. Au-delà de 6 mois, l'allaitement est continué trop souvent de façon exclusive "et ce n'est que vers 15-18 mois qu'une première bouillie, à l'eau, vient compléter un sein quantitativement insuffisant". A la campagne on passe sans transition au manioc : aussi "le nourrisson à mesure qu'il avance en âge, présente marasme et anémie et devient la proie désignée des infections intercurrentes".

C'est après 1 an et surtout de 18 à 24 mois que la mortalité est maximum.

La mortalité de 1 à 5 ans est supérieure à celle de 0 à 1 an.

2. Les insuffisances de la P.M.I. en R.P.C.

- législatives
- financières
- administratives
- et médicales.

a. LES INSUFFISANCES LEGISLATIVES.

C'est encore la législation française qui est en vigueur en R.P.C.

Les mesures législatives en matière de P.M.I. dans un pays dépendent de la politique de natalité de ce pays : elles seront restrictives (comme en Inde) ou au contraire tendant à favoriser la natalité.

De l'avis de tous, le Congo peuplé de 1 100 000 habitants pour une superficie de 342 000 km2 doit augmenter sa population pour disposer des ressources humaines nécessaires à son développement économique. Il faut donc favoriser la natalité et protéger l'enfance.

"Contrairement à ce qui se passe dans les pays développés, l'enfant né dans un pays défavorisé commence par naître dans des conditions aléatoires et dès lors s'engage une grande bataille pour la vie ou plus exactement la survie. Bataille alimentaire, bataille contre la maladie qui ne sera gagnée qu'une fois sur cinq ou une fois sur dix" (IKA Paul - PONT).

Les mesures législatives doivent faire un lien judicieux entre nos besoins et nos ressources disponibles pour les satisfaire :

- la lutte contre les infections (Tabl. n° 9), les maladies transmissibles (Tabl. n° 12) et la malnutrition doit occuper le premier rang et faire l'objet des mesures rigoureuses;
- les stigmates vénériens et surtout la tare drépanocytaire ne sont pas recherchés chez les conjoints.

La prédominance de la population rurale, l'ignorance, la pénurie en personnel sanitaire, le manque de

Tableau n°12 - Nosologie des principales maladies transmissibles - Année 1970.

AFFECTIONS / AGE	NOMBRE DE CAS					HOSPITALISES				DECEDES				
	0-1 an	1 à 4 ans	5 à 14 ans	15 ans et +	TOTAL	0-1 an	1 à 4 ans	5 à 15 ans & +	TOTAL	0-1 an	1 à 4 ans	5 à 14 ans	15 ans & +	TOTAL
Paludisme	36 478	51 890	61 012	54 822	204 202	812	1 012	526 656	3 006	67	98	97	63	325
Lèpre	-	-	43	447	490	-	-	- -	-	-	-	25	32	57
Trypanosomiase	-	-	3	53	56	-	-	3 53	56	-	-	4	7	11
Méningite cérébro-spinale	4	5	21	17	47	4	5	21 17	47	2	1	5	4	12
Autres filarioses	19	760	3 497	12 874	17 150	2	6	3 37	48	1	2	5	-	8
Onchocercose	-	-	-	4	4	-	-	- 2	2	-	-	-	-	-
Tuberculose	2	8	59	575	644	2	2	17 92	113	-	-	6	48	54
Poliomyélite	101	162	147	-	410	37	81	59 -	117	2	4	6	-	12
Variole	-	-	-	-	-	-	-	- -	-	-	-	-	-	-
Pian	405	861	848	1 364	3 478	22	43	28 78	171	-	-	-	-	-
TOTAL GENERAL	37 009	53 686	65 630	70 156	226 481	879	1 149	657 935	3 620	72	105	148	154	479

Tableau n°13 - Répartition des budgets de la Santé.(1):

Années	Fonctionnement	Médicaments Matériel Technique	Personnel	T O T A L
1966	180 700 500	168 000 000	352 900 408	701 600 408
1967	195 335 000	196 250 000	743 379 570	1 134 984 570
1968	154 084 000	196 250 000	836 898 647	1 187 232 647
1969	229 974 250	190 000 000	938 975 940	1 358 450 190
1970	213 564 000	206 790 000	908 567 000	1 328 921 000
1971	207 602 000	175 250 000	802 122 067 (1)	1 184 974 000

(1) Cette diminution est due au fait que le paiement des bourses d'étude a été confié à la Direction des Ressources Humaines.

ressources sont d'autres caractéristiques qui commanderaient une législation de P.M.I. propre à la R.P.C. On doit avoir le souci constant de l'utilisation la plus vaste possible, mais rationnelle et économique, des ressources existantes.

b. LES INSUFFISANCES FINANCIERES (Tabl. n° 13 et 14).

Elles demeurent liées au budget national global et au pourcentage qui revient à la Santé Publique.

A la lumière des chiffres des tableaux 13 et 14 on constate que l'allocation des ressources budgétaires est très réduite : 6 à 8 % pour le budget de fonctionnement et 3 à 8 % pour le budget d'investissement. Le pourcentage qui permet une expansion certaine se situe, selon les experts, entre 11 et 15 % du budget national.

Ces budgets très restreints outre qu'ils gênent la bonne marche des services sanitaires, rendent difficile l'établissement des projections pluriannuels nécessaires pour une planification efficiente, et réduisent l'efficacité des programmes.

En outre, la part qui revient au fonctionnement ne permet pas l'entretien et le renouvellement du matériel techniquement inutilisable ou périmé.

En 1971 les dépenses de personnel ont atteint 67,9 % du total, les dépenses de médicaments et matériel technique 14,8 % et celles du fonctionnement 17,3 %.

750 000 francs (C.F.A.) constituaient le budget de fonctionnement des P.M.I. en 1971. Cette insuffisance insoutenable se passe de commentaires.

Il faut souligner que les allocations familiales sont données au mari qui les engloutit dans la boisson ou ailleurs ... privant ainsi sa famille de cet argent si nécessaire.

Tableau n°14 - Budgets d'investissements nationaux et de la Santé - 1968 à 1971.

ANNEES	Budget Santé (1)	Budget de la Nation (2)	Rapport (1) et (2)	Dépense par habitant
1968	108 300 000	2 813 933 963	3,8 %	
1969	40 000 000	746 000 000	5,4 %	
1970	161 033 537	1 850 000 000	8,7 %	146 F
1971	185 950 300	2 365 700 000	8,08 %	169 F

c. LES INSUFFISANCES ADMINISTRATIVES.

1° Planification et Politique sanitaire.

Il existe un service de Planification rattaché au Ministère de la Santé, mais il demeure théorique.

La politique sanitaire de la R.P.C. est en fait diffuse parce qu'elle n'est pas planifiée. Au niveau de la P.M.I. cette absence de planification se traduit par des activités incoordonnées, initiatives de quelques volontés éparpillées dans la République.

Ainsi s'il est exagéré de dire que la R.P.C. n'a pas de politique sanitaire, l'absence d'une véritable politique de P.M.I. est d'une évidence tragique.

2° Insuffisance quantitative et qualitative en personnel. (Tabl. n° 3)

Le personnel est un des problèmes de la Santé Publique pour lequel on a essayé jusqu'à ce jour de ne trouver que des solutions temporaires.

Avec 3 404 agents environ, la situation des effectifs du personnel semble bonne, car de ces chiffres il ressort que le Congo dispose de 3 agents pour 1 000 habitants. En réalité sur 3 404 agents on dénombre 1 163 infirmiers de tous grades, soit 1 infirmier pour 1 000 habitant.

Pour ce qui est des Médecins, le total atteint 112 agents auxquels on pourrait ajouter 14 Médecins privés. En ne considérant que ceux qui exercent sous le contrôle direct du Ministère de la Santé, les statistiques nous révèlent qu'il existe 1 Médecin pour 10 000 habitants.

. Pénurie en personnel qualifié.

1 964 agents sur 3 404 agents sont des auxiliaires qui représentent 51 % des effectifs. Les besoins en médecins et infirmiers ayant la formation adéquate nécessitent au préalable l'établissement des programmes corrects de formation ou de recyclage suivant des tableaux prévisionnels correspondant aux objectifs.

Les effectifs de certaines spécialités sont inopérants. C'est le cas des sages-femmes :

- 59 seulement. Chiffre très bas sans rapport avec les besoins dans ce domaine. Egalement :
- 50 techniciens de laboratoires
- 38 agents de l'hygiène du milieu : chiffre dérisoire
- 40 puéricultrices
-238 matrones accoucheuses.

Chaque fin d'année scolaire met à la disposition des services de santé

- 2 ou 3 médecins
- 20 à 25 infirmiers d'Etat
- 15 sages-femmes
- 15 techniciens supérieurs de laboratoire.

A ce rythme on est loin de répondre au minimum aux besoins sanitaires d'une population sans cesse croissante.

Il faut souligner que la formation du personnel des Services de l'hygiène du milieu et de l'environnement est quasi nulle, au moment où l'on donne la priorité à la prévention.

Les Centres de P.M.I. utilisent :

167 agents, soit 4,9 % des effectifs de la Santé Publique

- 132 à Brazzaville
- 12 à Dolisie
- 23 à Pointe-Noire.

Par ailleurs on dénombre

85 agents qualifiés

- 4 médecins
- 3 infirmiers d'Etat
- 10 sages-femmes
- 2 assistantes sociales
- 49 infirmiers
- 4 techniciens auxiliaires de laboratoire
- 9 matrones.

. Distribution du Personnel

Les centres urbains tels que Brazzaville et Pointe-Noire rassemblent la majorité du personnel :

- 60 % de l'ensemble des effectifs
- 80 % des médecins
- 80 % des sages-femmes sur un total de 59
- 55 % des infirmiers.

La répartition de ce personnel par région présente également des inégalités qui ne correspondent ni au nombre de formations ni au nombre de lits, en un mot aux besoins sanitaires réels.

. Diversion du personnel qualifié

Cette diversion intéresse particulièrement la catégorie des Infirmiers d'Etat et les Sages-femmes.Dans le cadre de la promotion, un nombre peu négligeable d'Infirmiers d'Etat (sur 116) et de Sages-femmes (sur 59) est orienté chaque année vers des spécialités qui ne nécessitent pas au préalable des connaissances d'infirmier, notamment des emplois de bureau : administration, secrétariat ...

. Le non retour du personnel formé à l'étranger

Plusieurs médecins en formation en France et attendus depuis quelques années n'entrent pas au Congo. Cette attitude fausse les prévisions et déforme la philosophie de l'Assistance Technique Etrangère dont nous solliciterons encore le concours pendant longtemps.

Sur les tableaux statistiques on peut noter l'arrivée en 1972 de 34 médecins, et de 33 autres entre 1973 et 1975. Pour éviter des défections, il importe de mettre en place en dehors des villes des structures d'accueil mettant les intéressés dans d'excellentes conditions de travail.

Sur 112 médecins, on compte 17 nationaux, 85 de l'Assistance technique et 10 contractuels étrangers.

. Absence de programmation dans la formation professionnelle

La mise en position de recyclage ou de formation professionnelle doit correspondre à des tableaux prévisionnels par spécialité qui ne perturbent pas le fonctionnement des services.

Cette formation professionnelle qui intervient à la suite d'un concours professionnel doit correspondre à l'orientation de la politique sanitaire, aux priorités du plan (prévention, P.M.I., Hygiène Scolaire ...) et éventuellement aux tendances épidémiologiques.

. Insuffisance dans la formation technique du personnel

Quând il est formé à l'étranger, le personnel de la santé publique n'est que très peu averti des réalités congolaises. Sur place sa formation n'est guère adaptée aux problèmes locaux : les professeurs étant français, les programmes sont ceux des écoles françaises.

"Les écoles de médecine des pays en développement ont retiré un grand bénéfice de l'expérience des écoles plus anciennes des pays industrialisés, mais en même temps, elles ont été entravées dans leur enseignement par l'importance trop grande qu'on accordait à la médecine hospitalière. Or les conditions cliniques ne sont pas celles de la vie quotidiennne. Il faut davantage penser à la situation réelle des collectivités en développement et aux problèmes pratiques qui s'y posent". (JELLJFFE)

. Personnel féminin

La distribution du personnel féminin à travers le territoire pose des problèmes importants. De plus en plus les effectifs féminins augmentent dans les catégories intéressant les infirmiers. Par ailleurs le nombre de sages-femmes demeure réduit. Ce personnel féminin tente de se soustraire aux affectations en milieu rural par des mariages contractés, dès la sortie, avec des hommes du secteur privé, ou autres, travaillant à Brazzaville ou à Pointe-Noire.

3° Insuffisance des établissements de P.M.I.

Il existe dans le pays 6 centres de P.M.I.

- 4 à Brazzaville
- 1 à Dolisie
- 1 à Pointe-Noire.

Des bâtiments destinés à la P.M.I. ont été construits en dehors de ces localités, mais ils ont été transformés en maternité faute d'organisation nationale.

C'est également dans ces grandes villes qu'il existe des crêches et des jardins d'enfants qui d'ailleurs ne sont accessibles qu'à la classe aisée, c'est-à-dire à une infime minorité.

d. LES INSUFFISANCES MEDICALES.

Les activités de P.M.I. sont mal organisées dans les autres formations sanitaires :

- le personnel déjà réduit, doit faire face à un nombre croissant de malades,
- c'est le plus souvent un personnel de médecine curative qui se désintéresse ou ignore les problèmes de Santé Publique et particulièrement ceux de P.M.I.

Un mauvais style de travail accentue enfin ces insuffisances :

- les activités de P.M.I. uniquement sédentaires ne rayonnent guère à plus de 10 km du centre médical : les mères éloignées hésitant à parcourir une longue distance à pied ou en pirogue, exposées aux pluies ou au soleil torride de l'équateur;
- il est proposé aux mères parfois "la diététique du petit Parisien", ce qui renforce le quiproquo entre mère et éducatrice nutritionnelle;
- dans les localités de l'intérieur, c'est la radio qui a la prétention de propager "l'éducation des masses", mais ce sont des émissions innomables ...

- la lutte contre les maladies transmissibles et contagieuses n'est pas menée d'une manière systématique. Les vaccinations en particulier le B.C.G., sont assurées mais la surveillance ultérieure l'est rarement.

3. *Les difficultés propres à la P.M.I. en R.P.C.*

a. FACTEURS ECOLOGIQUES.

Ils tiennent à la nature tropicale, nature hostile à l'homme. Les forêts denses que sillonnent des cours d'eau qui s'enchevêtrent, rendent insolubles les problèmes d'assainissement et de lutte contre certaines maladies.

Le climat équatorial chaud, pluvieux et humide imprègne ses caractères au sol congolais :

- au Nord de la R.P.C. c'est la cuvette congolaise, pays marécageux à la végétation luxuriante;
- au Sud l'hydrologie et la grande forêt côtière du Mayombe, interdisent, dans l'état actuel de nos moyens, la construction de route.

Les conséquences médicales sont prévisibles :

- forte incidence de maladies d'origine hydrique : virus, bactéries, kystes ou oeufs de parasites qui peuvent souiller l'eau de boisson, sont habituellement d'origine fécale. L'amélioration de l'approvisionnement en eau potable est gênée par le manque de programme, la pénurie en personnel et des ressources financières;
- schistosomiase dans les rivières du Sud, filariose et ankylostomose dans tout le pays;
- il est illusoire avec les moyens actuels d'espérer anéantir les gites larvaires de l'anophèle : il faut se résoudre à la chimioprophylaxie pour se protéger du paludisme;
- la dispersion des villages, presque coupés du centre médical, fait que toute la population infantile ne bénéficie pas du contrôle sanitaire souhaité.

L'agriculture de ces petits villages est arriérée et d'ailleurs les conditions locales ne permettent pas d'introduire la mécanisation. Privés de voies de communication et donc de débouchés, les villageois produisent pour subsister. Dans beaucoup de régions la présence de la mouche Tsé-Tsé (la glossine) interdit l'élevage des boeufs.

"Du point de vue de la santé publique les conséquences du climat sont doubles : en premier lieu les facteurs climatiques en eux-mêmes affectent les activités humaines, la santé et le bien-être; en second lieu, ces facteurs, et plus particulièrement les pluies et la température exercent une forte influence sur l'épidémiologie des maladies de l'homme et des animaux".

b. FACTEURS SOCIO-CULTURELS.

Les facteurs socio-culturels qui entravent les mesures de P.M.I. sont en rapport avec l'ambiguité culturelle de l'Africain, partagé entre les traditions ancestrales et la "civilisation" européenne.

1° L'esprit magio-religieux.

Il n'est pas exagéré de dire que l'un des objectifs les plus importants de l'éducation sanitaire est de convaindre les parents de la nécessité d'amener leurs enfants à l'hôpital. L'acceptation des concepts et des pratiques de médecine moderne, qui se fonde sur la recherche scientifique expérimentale, contrairement à la médecine traditionnelle qui repose généralement sur des croyances, est entrain de se faire péniblement, luttant contre les habitudes profondément établies.

L'enfant souffrant de diarrhée ou de toute autre maladie est d'abord amené chez le sorcier. Ce dernier accuse presque toujours soit la famille du mari, soit le plus souvent celle de l'épouse d'être responsable de la maladie de l'enfant. Il s'en suit des palables interminables, des sommes à payer, des poulets ou des cabris à sacrifier pour apaiser les esprits des morts qui ont jeté le mauvais sort à l'enfant. Une fois sur deux l'état s'aggrave : la déshy-

dration, la malnutrition et l'infection s'intriquent, menaçant la vie de l'enfant. Le sorcier est vite dépassé et c'est alors qu'on se retourne vers l'hôpital. Malheureusement, souvent, c'est au cours du trajet qui conduit à l'hôpital, parfois même à la porte du bureau du médecin que l'enfant décède. Tous les médecins qui ont servi en Afrique connaissent cette amère déception.

Mis à part l'analphabétisme et l'isolement géographique des zones rurales, ce sont les concepts traditionnels de santé et de maladies avec l'interprétation magique des maladies qui aggravent la mortalité infantile.

2° Les séquelles de la colonisation.

C'est le véritable drame de l'Afrique.

L'Africain a été souvent traité de "sauvage" par l'Européen et son pays est dit "sous-développé". L'Africain voudrait donc furieusement ressembler à l'Européen et il voudrait que son pays fût aussi "beau" que celui de son modèle. Il s'en suit qu'il imite le mode de vie et le mode de travail de l'Européen : la colonisation culturelle l'y aide bien.

On devine sans peine les conséquences d'une telle attitude ... Sur le plan sanitaire, c'est l'attrait de la médecine curative : quand on ne rêve pas de posséder une vaste clinique, on se voit "mandarin", maitre incontesté d'un service de pédiatrie ou de chirurgie. Je ne parle pas de ces individus sans personnalité qui, après avoir achevé leurs études aux frais de la collectivité congolaise, refusent de retourner en Afrique.

c. FACTEURS SOCIO-PROFESSIONNELS.

Les couches sociales au Congo sont réparties comme partout ailleurs en deux pôles : les détenteurs des moyens de production et les non-détenteurs de ces moyens :

- la bourgeoisie étrangère (européenne en majorité)

- industriels
- commerçants
- banquiers

Elle utilise habilement les rapports signés par le Congo avec les états européens pour asseoir leur pouvoir économique.

- la bourgeoisie congolaise : les hauts fonctionnaires (administrateurs, médecins, officiers, les cadres supérieurs du secteur privé ...) et les hommes politiques "qui utilisent leur position pour accéder au pouvoir économique". Ceux-là vivent au 20ème siècle, au milieu d'une Afrique moyenageuse : ce sont des "métropolitains noirs".

- la petite bourgeoisie : les fonctionnaires, petits entrepreneurs privés, petits commerçants.

- les couches déshéritées : 70 % de la population

  . les ouvriers : ils représentent à peine 5 à 10 % de la population; le salaire moyen d'un ouvrier est de 10 000 fr C.F.A. (200 N.F.) par mois. Du fait des allocations familiales qui leur sont payées et l'implantation des industries en zone urbaine ou suburbaine, leurs enfants bénéficient des conditions sanitaires moins désastreuses.

  . les paysans constituent 60 % de la population. C'est la couche la plus défavorisée :

    * revenu annuel dérisoire (un peu moins de 1 000 fr C.F.A. (20 N.F.), rançon d'une agriculture arriérée et qui manquent surtout de marché.

    * absence de voies de communications.

    * ignorance des règles d'hygiène, analphabétisme.

    * habitat médiocre : "le sol et les murs humides, les coins sombres abritent sans doute le bacille tuberculeux et d'autres germes pathogènes, dont la propagation est favorisée par l'absence d'hygiène". Le tout entretient le cercle vicieux "logement misérable - malnutrition - maladie".

Les couches sociales les plus défavorisées du point de vue du revenu, de l'éducation et de l'hygiène sont aussi celles qui paient le plus lourd tribut à la mortalité infantile.

Le tableau suivant établi pour la France en 1960 est typique. Il s'agit du taux de décès d'enfants répartis suivant l'activité des parents.

1) Industriels	15,6
2) Professions intellectuelles	16,1
3) Cadres supérieurs	16,1
4) Professions libérales	16,1
5) Gros commerçants	17,7
6) Cadres moyens	18,1
7) Instituteurs	18,5
8) Employés	23,3
9) Petits commerçants	23,4
10) Artisans	24,1
11) Ouvriers qualifiés et contre-maîtres	25,5
12) Marins et pêcheurs	27,4
13) Agriculteurs exploitants	27,5
14) Ouviers spécialisés	28,4
15) Salariés agricoles	31,7
16) Manoeuvres	40,5
17) Mineurs	40,6
Moyenne pour les enfants légitimes	26,5

Taux de mortalité infantile suivant le milieu socio-professionnel des parents en 1959-1969 en France.

Taux rectifiés pour 1000 naissances vivantes d'après M. CROZE).

(Tiré de "Eléments de Médecine Préventive, Hygiène et Médecine Sociale" par Ch. GERNEZ-Rieux et M. GERVOIS - EMF, 1966).

d. FACTEURS ECONOMICO-POLITIQUES.

Les pays sous-développés sont pour la plupart à des degrés divers, des colonies. Leurs ressources naturelles sont exploitées surtout par le Capital étranger. La plus grande partie des bénéfices ainsi réalisés est expatriée, soustraite à la consommation des populations dont le travail les a produits.

Le tableau n° 15 fait état des revenus d'investissements privés transférés dans les pays d'origine des capitaux.

Il faut insister sur le fait qu'il s'agit et ne peut s'agir que de transferts officiellement déclarés, alors que de très importants transferts de bénéfices s'opèrent souterrainement, généralement par la minoration des prix de certaines exploitations ou la majoration des prix certaines importations. On ne peut évaluer ces transferts clandestins.

De ce fait sont ravis à ces pays des moyens considérables qui auraient pu être employés à élever le niveau de vie des populations, à améliorer les conditions d'éducation d'hygiène, de nutrition ...

Ces pays dominés sont donc ceux qui connaissent les plus forts taux de mortalité, surtout de mortalité infantile. A égales conditions de domination, plus le retard scientifico-technique est grand, plus le taux de mortalité infantile est élevé. Nous donnons pour illustration les indices sanitaires et socio-économiques de 13 pays de la région africaine relevés par le Bureau Régional de l'O.M.S. à Brazzaville (Tabl. n° 16).

Les pays africains reçoivent l'aide des pays industrialisés et des organismes internationaux. Si l'aide des organismes internationaux, notamment en matière de formation du personnel (Tabl. n° 17, 18, 19) nous est précieuse, l'aide des pays "amis" nous arrive d'une manière anarchique, souvent anachronique : les énormes complexes hospitaliers sont des "cadeaux empoisonnés" pour nos faibles budgets. Rares sont les pays qui nous offrent du matériel agricole. Par contre de nombreux pays amis

nous fournissent - et souvent sans qu'on le demande - des engins de guerre, vétustes, obligeant l'Etat congolais à des dépenses pour le renouvellement des pièces et pour l'entretien des techniciens de ces pays chargés du fonctionnement ou de la réparation de ces appareils.

Et puis, ce que l'on appelle "aide" n'est en fait dans la plupart des cas que propagande subtile, toujours pour acheter des consciences politiques.

Enfin, certaines "aides" directes encouragent l'engourdissement et la vie facile. L'histoire nous prouve le contraire : la souffrance est inévitable dans le processus du développement tant de l'homme que de sa société. "C'est pourquoi, personnellement, en tant que jeune progressiste, je me range du côté de l'Afrique qui veut souffrir. De l'Afrique qui veut se passer de tutelle. Parce que, jusqu'à un certain point, en souffrant tout de suite, elle apprendra à souffrir et elle pourra se trouver des solutions vraiment africaines. C'est çà être vraiment sérieux, majeur ...".

Tableau n°15 - Investissements privés annuels des pays capitalistes développés dans le tiers monde, et revenus rapatriés.

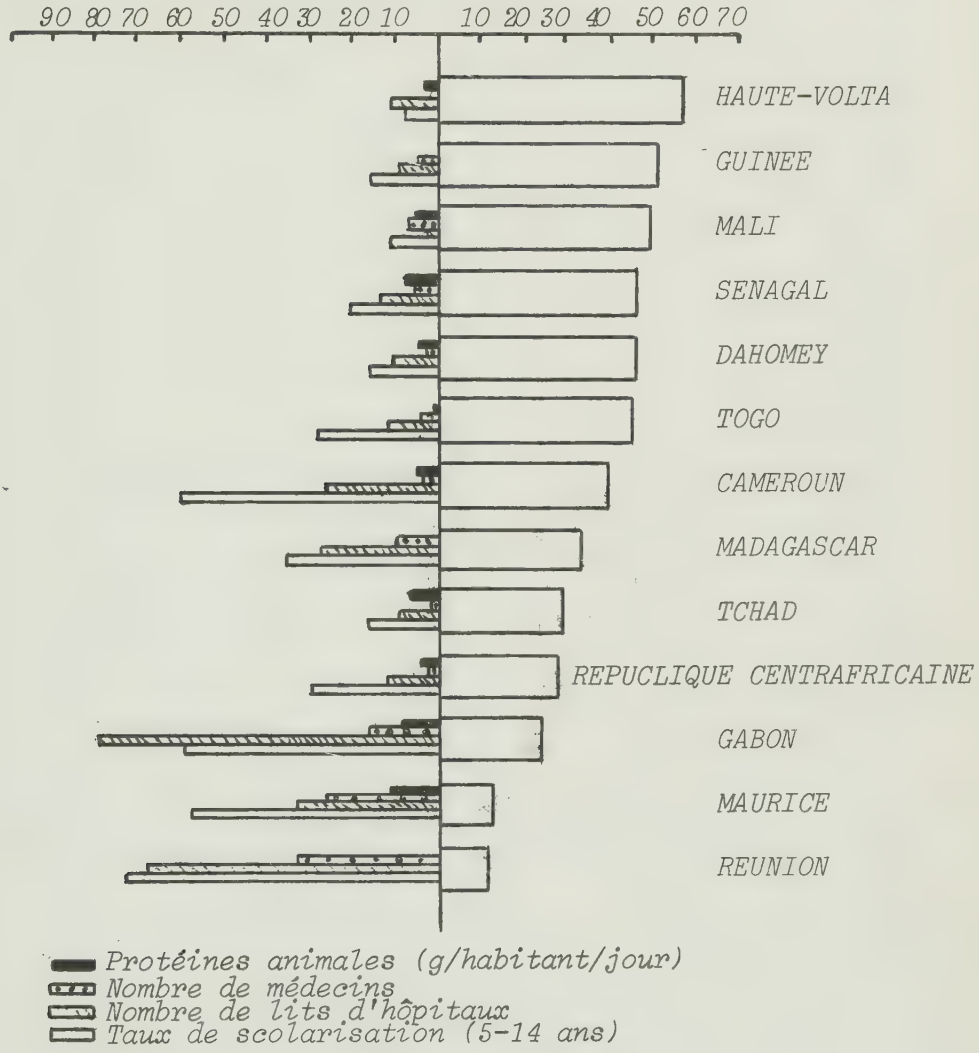
	En millions de dollars		
	En 1964	En 1966	En 1968
A) Investissements directs nouveaux. Dont :			
. Etats-Unis	572	462	1 142
. Royaume-Uni	70	-	-
. R.F.A.	46	84	109
. France	189	-	-
. Italie	34	25	102
. Pays-Bas	50	-	-
. Belgique	-	8	5
. Japon	25	80	-
. Canada	14	24	37
. Suède	15	28	20
. TOTAL des Pays du C.A.D.	1 036	1 039	1 850
B) Bénéfices réinvestis	736	916	1 070
C) Accroissements des investissements directs (A + B)	1 772	1 955	2 920
D) Investissements de portefeuille ..	560	346	1 329
E) Revenus d'investissements officiellement rapatriés	4 900	5 800	6 800

Source : Aide au Développement, Examens 1967 et 1969, O.C.D.E.

. C.A.D. : Comité d'Aide au Développement

. O.C.D.E. : Organisation de Coopération et de Développement Economiques.

Tableau n° 16 - Indices sanitaires et socio-économiques de 13 pays de la Région Africaine.



. Le pays fictif est censé avoir les paramètres suivants :
100 g de protéines animales par habitant, par jour.
1 médecin par 1.000 habitants
1 lit d'hôpital par 100 habitants
Taux de scolarisation : 100 %.

(Tiré de Cahiers techniques AFRO n° 2, O.M.S. Brazzaville, 1970)

Tableau n°17 - Personnel étranger, au 31 janvier 1972.

STATUT / SPECIALITE	Assistance technique	Contractuels	Privés	TOTAL
Médecins	85	10	14	109
Pharmaciens	11	2	10	23
Dentistes	3	-	5	8
Sage-Femmes	8	1	-	9
Infirmières	19	10	-	29
Autre personnel para-médical	10	-	-	10
Administration	8	1	-	9
Personnel technique	8	-	-	8
Assistantes Sociales	3	-	-	3
Totaux par Statut	155	24	29	208
OBSERVATIONS	France URSS Chine R.F.Allemagne O.M.S.			

Tableau n°18 - Formation à l'étranger - Sorties 1972.

PAYS / SPECIALITE	France	URSS	Cuba	Belgique	Yougoslavie	R.D.A.	TOTAL
Médecine	3	23	3	1	3	1	34
Pharmacie	2	6			1		9
Stomatologie	1						1
Puériculture	3	1					4
Infirmiers d'Etat	2	11					13
Kinésithérapie	2						2
Laboratoire	5						5
Assistance sociale	1						1
Secrétariat médical	1						1
T O T A L	20	41	3	1	4	1	70

Tableau n°19 - Formation à l'étranger - Sorties 1973 - 1975.

PAYS	France			URSS			Cuba			Sénégal		
Années / Spécialité	1973	1974	1975	1973	1974	1975	1973	1974	1975	1973	1974	1975
Médecine	7	1	7	4	2	-	10	-	-	1	1	-
Pharmacie	4	3	5	1		1						
Stomatologie	2					1						
Sage-Femmes	1											
Infirmiers d'Etat												
Kinésithérapie	2											
Laboratoire	2											
Secrétariat médical	2											
TOTAL	20	4	12	5	2	2	10	-	-	1	1	-

PERSPECTIVES D'AVENIR

A. *EVOLUTION DE LA SITUATION ACTUELLE.*

L'évolution de la situation actuelle de la P.M.I. en R.P.C. dépend, comme on le comprend, de l'amélioration des conditions socio-économiques nationales.

Tout ce qui améliore le niveau de vie aide à combattre les maladies de l'enfance. Mais il faut savoir aussi, qu'à niveau de vie égale, l'organisation rationnelle méthodique des services de P.M.I., abaisse dans des proportions appréciables la mortalité infantile. La diminution de la mortalité infantile à Dakar (de 175 ‰ en 1945 à 90 ‰ en 1966) est un exemple encourageant.

Cette organisation dépend de la politique sanitaire, laquelle dépend des aspects socio-économiques, socio-politiques et enfin de compte de la politique tout court. La politique socialiste du Congo est favorable au développement de la médecine de masse : la P.M.I. en est citée comme "la priorité des priorités". Malheureusement, il faut invoquer l'absence de cadres.

B. PERSPECTIVES D'AVENIR.

1. Du point de vue législatif.

En raison de la fréquence de la tare drépanocytaire (25 % de la population en sont porteurs) le test d'Emmel (test de falciformation des hématies au contact d'un agent réducteur) devrait être systématiquement pratiqué chez toute personne désirant contracter un mariage. Et l'on ne devrait pas hésiter, en cas de positivité, à mettre le porteur au courant des risques certains qu'encourt sa descendance s'il épouse un autre porteur.

La contraception devrait être conseillée aux familles de plus de 8 enfants et dans tous les cas pour éviter des grossesses trop rapprochées. L'espacement de naissance exerce une grande influence sur l'issue de la grossesse et, s'il est conduit de façon optimale, permet de réduire la fréquence des naissances prématurées; il donne également à la mère la possibilité de mieux nourrir chacun de ses enfants, ce qui contribue à prévenir ou à réduire la fréquence des infections gastro-intestinales, de la malnutrition et d'autres complications, chez les nourrissons et les jeunes enfants.

Un carnet de santé a été imprimé cette année. Il sera vendu 200 fr C.F.A. (4 N.F.). Il correspond au centre de P.M.I.où l'enfant est suivi, à une fiche. Les mêmes renseignements sont portés dans le carnet et sur la fiche. Ainsi l'enfant aura sur lui, un véritable document qui retrace toute son histoire sanitaire depuis la grossesse jusqu'à l'âge adulte. Le fichier du centre de P.M.I. permet d'avoir un document inamovible.

L'individu devra bénéficier dès sa naissance d'un contrôle médical permanent. Le carnet de santé sera la première pièce à fournir dès que la femme enceinte ou l'enfant mettra pied dans un établissement sanitaire. Véritable laissez-passer, aucun enfant ne pourra aller d'une région à une autre s'il ne montre pas son carnet de santé ou si celui-ci n'est pas à jour.

2. Du point de vue financier.

Il va de soi que la P.M.I. ne saurait être l'oeuvre exclusive d'un service administratif et qu'elle incombe à la société tout entière.

Son efficience croit avec le budget qui peut lui être alloué. Et l'on comprend que dans le tiers-monde les succès les plus spectaculaires dans la lutte contre la mortalité materno-infantile aient été enregistrés par ceux de ces pays qui ont recouvré l'entière disposition de leurs ressources économiques.

3. Du point de vue administratif.

a. SERVICE DE PLANIFICATION.

La planification des services de santé publique "consiste à analyser minutieusement et intelligemment et à développer méthodiquement ses services conformément aux connaissances médico-scientifiques et à l'expérience acquise".

La planification des services de santé est évidemment très poussée dans les pays socialistes; les objectifs et la répartition des ressources y sont en principe fixés par un organisme central. Tel n'est pas encore le cas en R.P.C., nous l'avons vu.

La planification en matière de P.M.I. devra se faire à partir des relevés simples effectués par la base :

- enregistrement de naissances et décès
- notification des maladies
- nombre de mères qui viennent et participent aux conférences de P.M.I.
- ...

Ces relevés sont collectés au niveau de chaque dispensaire du village; puis au centre médical du district; puis au Centre Hospitalier Régional et finalement envoyés à la Direction de la P.M.I. avec des commentaires et notamment :

- causes des insuffisances
- besoins en personnel
- etc ...

EVANG a souligné que "l'administration de la santé publique a l'impérieux devoir de s'assurer que les diverses formes d'action médicale sont convenablement menées, coordonnées et harmonisées. Du fait de la complexité et du coût croissant des activités médicales, sanitaires et socio-médicales, il est nécessaire de disposer d'un organisme planificateur ayant son propre personnel et dont les attributions s'exercent sur le plan local aussi bien que sur le plan national".

Sans évaluation, il est généralement impossible de dire si les objectifs fixés initialement ont été atteints, si l'état de santé de la population s'est améliorée, si les dépenses encourues l'ont été à bon escient et si le personnel a été efficacement utilisé.

Il faut éclairer la population sur les objectifs qu'on s'est fixés pour l'amélioration et la protection de sa santé et lui demander de les examiner de son propre point de vue. Les plans et les programmes devront tenir compte des suggestions et recommandations émanant de la population au cours des discussions organisées dans les villages et les quartiers. En outre, la participation active des habitants à certaines activités est nécessaire pour la réalisation des fins visées; la population participe elle-même aux efforts entrepris pour améliorer son niveau d'existence et l'on fait appel le plus possible à son esprit d'initiative.

b. FORMATION DU PERSONNEL (Tabl. 18, 19 et 20).

Dans le programme de P.M.I. la formation du personnel doit occuper une place importante.

1° Au niveau central :

Formation des administrateurs médicaux des services de P.M.I.

- Pédiatres
- Obstétriciens
- Formation post-universitaire en santé publique, connaissance des problèmes d'administration de la santé publique et notamment de l'administration des services de P.M.I.; formation en matière d'évaluation des programmes
- Aptitude à collaborer avec les organismes publics et avec les agents des diverses branches de la santé.

2° Au niveau intermédiaire :

Formation du personnel paramédical (Tabl. n° 20).

A ce niveau un personnel de sages-femmes, de puéricultrices et d'infirmière est nécessaire pour aider le médecin et encadrer les auxiliaires.

Les écoles de formation para-médicale et sociale sont publiques. Il existe deux écoles : l'une pour la formation du personnel para-médical, l'autre pour la formation des auxiliaires.

- *L'école Nationale de formation para-médicale,* à Pointe-Noire. Elle est subdivisée en plusieurs sections dont certaines se trouvent à Brazzaville.

I. Section infirmiers brevetés. 131 élèves.

Conditions d'admission: niveau classe de 4ème + Concours.
Durée des études 2 ans.

II. Section Infirmiers d'Etat. 127 élèves (toutes classes)

Conditions d'admission : B.E.M.G., B.E.P.C.
Durée des études : 3 ans.
Programme d'enseignement
. Anatomie-Physiologie
. Bactériologie, Microbiologie, Laboratoire

Tableau n°20 - Personnel para-médical - Formation en République Populaire du Congo. Année scolaire 1971-1972.

SECTION	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année	Sortie 1972	Sortie 1973	Total général
Infirmiers d'Etat	25	48	35	--	35	48	
Sage-femmes	15	20	25	16	16	15	
Assistants (es) sociaux	8	9	8	6	6	8	
Infirmiers Brevetés	41	55	--	--	55	41	
Techniciens de laboratoire							
Techniciens Auxiliaires Labo.	12	16	--	--	16	12	
Auxiliaires sociales		32	54	--	54	32	
Auxiliaires puéricultrices		28	64	--	64	28	
Jardinières d'enfants	108	20	22	--	22	20	
TOTAL	209	228	198	22	268	204	657

. Physique, Chimie, Pharmacologie, Nursing
. Médecine générale et spécialités
. Chirurgie générale et spécialités, obstétrique
. Santé Publique - Administration de la Santé Publique.

III. Sages-femmes : 77 élèves (toutes classes).

Conditions d'admission : B.E.M.G., B.E.P.C.
Durée des études : 4 ans.
Programme d'enseignement :
. pendant 2 ans : programme commun avec Infirmiers d'Etat
. Anatomie et physiologie obstétricales
Etude clinique de la grossesse - l'accouchement
Pathologie de l'accouchement et des suites de couches
Le nouveau-né - Pathologie du nouveau-né
Puériculture - Protection maternelle et infantile
Administration de la Santé Publique.

IV. Section Assistants (es) sociaux (ales) : 31 élèves (toutes classes).

Conditions d'admission : B.E.M.G., B.E.P.C.
Durée des études : 4 ans.
Programme d'enseignement :
. pendant 2 ans : programme commun avec Infirmiers d'Etat
. Enseignement général : Français, Mathématiques,
Sociologie - Psychologie sociale - Hygiène mentale
Droit civil, pénal - Institutions politiques
Méthodologie en service social - Santé Publique
Législation sociale - Administration - Education sanitaire
Géographie économique et Démographie.

V. Section Assistants Sanitaires : 20 élèves.

Conditions d'admission : Diplôme d'Etat d'Infirmier ou d'Agent technique principal + Concours professionnel.

Durée des études : 2 ans.

Ces agents se situent entre le médecin et l'Infirmier d'Etat du point de vue de la culture et de la technique.

3° Au niveau périphérique :

Formation des auxiliaires P.M.I.

Elle a lieu à l'école Saint Jean Bosco à Brazzaville.

I. Auxiliaires sociales (36 élèves).

Conditions d'admission : niveau classe de 5ème + concours.
Titulaires du B.E.M.G. sur titres.
Durée des études : 3 ans.
Programme d'enseignement :
. Enseignement général : Français, Mathématiques
Comptabilité ménagère - Législation sociale
Economie domestique - Hygiène
Puériculture - Alimentation - Pédiatrie
Psychologie - Cuisine - Couture et coupe.

II. Auxiliaires puéricultrices 96 élèves (toutes classes).

Conditions d'admission : idem.
Durée des études : 3 ans.
Programme d'enseignement :
. 1ère année commune avec les auxiliaires sociales
Hygiène - Puériculture - Pédiatrie - Alimentation
Psychologie - Technologie de puériculture
Législation sociale.

III. Jardinières d'enfants. 154 élèves (toutes classes).

Conditions d'admission : idem.
Durée des études : 3 ans.

Programme d'enseignement :
. 1ère année commune avec auxiliaires sociales
Hygiène - Puériculture - Pédiatrie - Alimentation
Leçons d'observations - Jeux - Dessin
Travaux manuels.

4° Quelques réflexions sur la formation de ce personnel.

- A l'heure actuelle on songe à augmenter l'effectif du personnel para-médical : de nombreuses bourses sont accordées pour l'étranger; sur le territoire national, il est sorti cette année de l'école de formation 15 sages-femmes et presqu'autant de puéricultrices. C'est encore peu, mais il y a 3 ans, le rythme de formation était de 3 à 4 sages-femmes par an. Il reste à modifier le contenu des programmes pour les adapter aux besoins nationaux et à réajuster les connaissances des agents formés à l'étranger.

- Le personnel qualifié des services de P.M.I. devrait remplir les conditions suivantes :

"1° être capable d'envisager les problèmes sous l'angle médecine préventive et de prendre une vue d'ensemble des maladies et des moyens de les combattre.

2° être capable de stimuler le développement, la participation et la coopération des collectivités et de seconder les efforts déployés localement dans le domaine de la santé.

3° être au courant des problèmes que posent les campagnes de masse, les moyens d'éducation collective, l'enrichissement des denrées alimentaires, l'hygiène du milieu.

4° être familiarisé avec les diverses méthodes d'éducation sanitaire.

5° pouvoir collaborer avec des équipes de travailleurs sanitaires.

6° connaitre les méthodes de gestion.

7° être capable d'identifier les problèmes locaux, d'évaluer les ressources et d'adapter les programmes aux priorités locales".

- La sage-femme a un rôle important à jouer dans la P.M.I. :

  . en ville elle est, avec la puéricultrice, l'animatrice des Centres de P.M.I. et seconde efficacement le médecin;

  . en milieu rural, c'est le personnage central de la P.M.I. : elle assume toutes les tâches, de la simple pesée à l'éducation sanitaire intensive, aidée par les auxiliaires. Le Médecin souvent étranger, Russe, Français ou Chinois n'a que très peu de contact avec les mères et les enfants sains (barrière linguistique)

  . dans tous les cas

    * sa compétence en accouchement est la meilleure garantie de protection pour la mère et l'enfant.

    * "on peut lui confier l'éducation collective des futures mères concernant l'hygiène en général, l'accouchement naturel, les responsabilités des parents, etc ..., à un moment où ces notions peuvent être le mieux assimilées. Son influence est donc considérable."

- Si on poursuit la formation des administrateurs adjoints de la Santé sous quelque forme que ce soit, on a longtemps perdu de vue la formation des cadres administratifs intermédiaires qui font défaut auprès des Médecins Inspecteurs Régionaux et des Médecins Chefs des Services de P.M.I. Pour la plupart ils ont comme adjoints administratifs un ou deux commis n'ayant aucune formation sur l'Administration de la Santé Publique et notamment dans le domaine des statistiques sanitaires.

- Pour les programmes de P.M.I. en milieu rural, il faut donner la primauté à la formation des cadres auxiliaires régionaux. Une bonne connaissance de la culture locale est fondamentale pour l'établissement de meilleures relations entre le personnel du programme et les membres de la collectivité.

  Il est indispensable d'accroître considérablement les effectifs du personnel. L'entretien d'un personnel qualifié est coûteux. On aura intérêt à contourner cette difficulté par l'emploi des auxiliaires qui seront encadrés et contrôlés par le personnel qualifié.

  Il est bon d'offrir aux auxiliaires particulièrement doués la possibilité de recevoir une formation leur permettant d'accéder à des postes comportant des responsabilités plus élevées; outre son intérêt pratique une telle mesure exerce toujours une influence stimulante sur le personnel. L'auxiliaire qui n'a pas reçu une formation de base n'est pas pour autant moins capable qu'un autre d'accéder à des fonctions de cadre, et l'expérience acquise sur le terrain est souvent à cet égard un meilleur atout que des connaissances théoriques plus poussées.

  Leur formation technique devra être adaptée à nos besoins et comprendra, en plus de l'enseignement des 3 ans avant l'emploi, une formation au cours d'emploi continu, permanente, assurée par chaque médecin-chef de région ou médecin chef de centre de P.M.I. Elle portera sur les divers aspects locaux de la P.M.I.

c. LES ETABLISSEMENTS DE P.M.I.

Si Brazzaville jouit d'un nombre acceptable d'établissements de P.M.I., les autres villes et les localités de l'intérieur sont franchement démunies.

Il faut créer dans les grandes agglomérations des centres de P.M.I.

Dans les villes, il est possible de créer à moindre frais des jardins d'enfants dans chaque quartier : les mères y assureraient à tour de rôle la garde et les

soins des enfants sous le contrôle de deux ou trois filles qualifiées.

Dans les villages il faut aussi créer des jardins d'enfants. C'est une institution simple : il suffit de choisir un endroit du village ombragé, de préférence sur un terrain surélevé et de le limiter avec une barrière de bois. Il peut aussi être à côté de l'école, si le village en possède une. Il recevra des enfants d'âge préscolaire (de 2 à 5 ans) de 8 heures à 11 heures 30, de 14 heures 30 à 17 heures 30. L'encadrement de ce jardin sera assuré par un maitre d'école ou par une jeune fille du village préalablement formée à cette tâche. On fera appel au concours des mères surtout des femmes jeunes, réceptives aux méthodes modernes d'éducation. Les enfants y recevront un enseignement semblable à celui des écoles maternelles urbaines et l'observation des règles d'hygiène collective et individuelle sera rigoureuse.

Le contrôle médical de ces jardins sera assuré par l'infirmier du centre médical.

Ces jardins permettent de suppléer à la fonction éducative de la famille. KLEFSTAD - SILLONVILLE leur reconnait 3 buts :

- préparer l'enfant à l'école
- lutter contre l'esprit magico-religieux
- constituer la base de lancement d'attitudes nouvelles chez les adultes, attitudes qui préfigurent la société de demain.

Ces jardins d'enfants sont aussi nécessaires pour des raisons médicales :

1° Les centres de P.M.I. suivent les enfants de 0 à 12 mois; les enfants de 2 à 5 ans sont négligés;

2° Il est plus facile, en groupant les enfants, de surveiller leur état de santé, de pratiquer les vaccinations;

3° Ils permettent d'entrer en contact avec les parents pour faire de l'éducation sanitaire.

d. Intégration des activités de P.M.I. dans toutes les formations sanitaires de base.

1. Les formations sanitaires de base.

. Dans les villes (Exemple Brazzaville)

- 1 hôpital central : Hôpital général de Brazzaville
- des centres de préhospitalisation : Talangaï et Makelekele
- 1 dispensaire dans chaque quartier :
  1 à Poto-Poto
  1 à Moungali
  1 à Ouenze
  1 à Bacongo

. Dans les régions de l'intérieur :

- 1 Centre hospitalier régional (Chef-lieu de la Région). Théoriquement utilise 3 médecins et comprend les services de :

  Médecine générale, chirurgie générale
  Pédiatrie, Maternité, Contagieux
  Laboratoire de biologie médicale
  Officine de Pharmacie

- 1 Centre médical au niveau de chaque district utilise 1 médecin ou 2 assistants sanitaires + 6 à 10 autres agents. Il renferme les servies de

  Médecine générale, Maternité
  Laboratoire : bactério, parasito, hématologie
  Officine de Pharmacie

- 1 dispensaire à l'échelon du village : mais en fait il existe 1 dispensaire pour 4 ou 5 villages voisins.
  Il est dirigé par un Infirmier d'Etat qui contrôle 3 à 5 agents subalternes dont 1 infirmière accoucheuse.

  Il comprend théoriquement

  * quelques lits d'hospitalisation

* 1 maternité
* 1 petite organisation de secours et soins d'urgence
* 1 petit laboratoire (Parasito, hématologie).

2. Les activités de P.M.I. intégrées.

. En milieu urbain :

- les centres de préhospitalisation de Talangai et de Makelekele fournissent la plus belle illustration des services curatifs et préventifs intégrés: dans une même enceinte, par le même personnel, avec le même matériel, il est assuré :

  * des activités curatives :

    . petite chirurgie (Hernie, G.E.U., Césarienne ...)
    . accouchement
    . soins aux enfants malades et aux adultes

  * des activités préventives :

    . des tâches de P.M.I. (consultations prénatales, consultations de nourrissons, ...)
    . éducation sanitaire
    . vaccination.

- A l'hôpital général où les mères sont autorisées à demeurer auprès de leurs enfants malades et à s'occuper d'eux, les infirmières doivent leur faire de l'éducation sanitaire. Les mères peuvent apprendre ainsi à soigner leurs enfants en cas de maladie, à les alimenter correctement et à accomplir certains actes médicaux élémentaires (bandages, soins infirmiers ...).

  "L'hôpital ne doit pas être une institution isolée: il s'intégrera dans le programme général de protection de la santé et cherchera par tous les moyens à gagner l'entier appui de la population".

En sus de leurs tâches habituelles, le personnel de l'hôpital doit s'occuper de prophylaxie, d'examens médicaux, d'éducation et d'épidémiologie.

. En milieu rural :

- Au niveau de l'hôpital régional c'est toute l'équipe qui sera tournée vers la médecine préventive au lieu d'abandonner les activités de P.M.I. à la sage-femme seule ou à une infirmière accoucheuse. C'est au Médecin Chef de la Région qu'incombe :

  * l'organisation de l'évacuation des malades

  * l'organisation du calendrier des déplacements pour la surveillance périodique de la population infantile exposée

  * l'organisation d'un fichier régional : les activités de P.M.I. consistant essentiellement à suivre les mères et les enfants avec régularité, la tenue d'un fichier doit être considérée comme partie intégrante de ces activités. Les renseignements recueillis dans ce fichier seront exploités pour la planification de futures activités.

- Au niveau du centre médical :

  * l'infirmier ou l'assistant sanitaire, au cours des visites périodiques effectuées par le Médecin-Chef de la Région, lui présente les enfants et les femmes enceintes qu'il estime devoir être examinés

  * il tient un dossier des femmes enceintes et des enfants (classés par village) et surveille leur état de santé. Il procède régulièrement à l'examen des enfants et des femmes enceintes : les résultats sont également soigneusement consignés dans le carnet de santé et dans le dossier collectif

  * les primipares, tous les accouchements à haut risque près du terme ou lorsque surviennent des accidents, sont évacués vers le Centre Hospitalier Régional

* il prévient la malnutrition chez les enfants par des conseils diététiques au moment du sevrage
* il doit connaitre les menus utilisés pour l'alimentation d'appoint dans la malnutrition du 1° degré, les règles de la réhydratation des nourrissons, enfin et surtout il doit savoir évacuer à temps les enfants gravement atteints
* il signale les cas des maladies contagieuses et inspecte régulièrement les villages, les habitats, afin de donner des conseils d'hygiène, veiller à la construction des latrines
* il fait méthodiquement l'éducation sanitaire de la population par des causeries dans chaque village et au dispensaire.

Au total, en milieu rural, les activités de P.M.I. seront essentiellement assurées par une équipe mobile dirigée par l'infirmier ou l'assistant sanitaire. Il faut signaler ici le rôle important du Service d'Epidémiologie et des Grandes Endémies, dont l'activité essentiellement mobile, permettra aux autres formations sanitaires d'utiliser leurs moyens de transports.

Ainsi, l'intégration des services de P.M.I. dans les services sanitaires de base "assure l'utilisation la plus économique et la plus vaste possible d'un réseau unique d'installations, de personnel, de cadres, d'approvisionnements et de transports". L'intégration des activités de P.M.I. dans les formations sanitaires de base n'est pas seulement nécessaire pour économiser les ressources humaines, matérielles et financières. Elle permet également de sensibiliser la population à l'éducation sanitaire : c'est le plus souvent la menace d'une maladie qui incite les familles à se rendre à l'hôpital et les mères à appliquer certains principes d'hygiène. La crainte de la maladie peut inciter les gens à s'interroger sur ses causes et à se familiariser avec certaines mesures préventives simples à appliquer.

Du côté des travailleurs sanitaires il s'agit de faire en sorte que le personnel médical et paramédical de toutes les formations sanitaires chaque fois qu'il voit une femme enceinte ou un enfant, pour quelque motif que ce soit, lui demande son carnet de santé. Il vérifie s'il est à jour : si les consultations sont suivies régulièrement ainsi que les séances de vaccination ou de revaccination. Il importe donc que ce personnel soit instruit des problèmes de P.M.I. : ce sera une véritable reconversion des mentalités qui n'ira pas sans difficulté pour les médecins formés en France qui affichent une ignorance, renforcée d'un mépris, des problèmes de médecine préventive.

4. Du point de vue médical.

a. Soins et surveillance pendant la grossesse.

"La surveillance de la grossesse s'inscrit dans le cadre de la prévention : n'est-elle pas l'élément essentiel, le préalable indispensable de toute P.M.I. efficace ?" (LE PAGE)

Une issue heureuse de l'accouchement dépend de la santé et du bien-être de la mère pendant et même avant la grossesse.

Les efforts seront orientés spécialement vers la prévention :

- de la prématurité
  - . dépister précocement et traiter les complications de la grossesse
  - . prévenir ou traiter les anémies (déparasitage de l'ankylostomose; thérapeutique martiale ...)
  - . prévenir les maladies transmissibles (prophylaxie antipalustre)
- et de la toxémie gravidique

"Les enquêtes épidémiologiques ont bien montré que le dépistage réalisé par la simple surveil-

lance du poids, de la T.A., de la protéinurie, permet grâce à l'institution d'un régime désodé, d'éviter la plupart des toxémies gravidiques, et de prévenir l'apparition de leurs complications".

b. Surveillance des accouchements.

Elle s'adresse en premier lieu aux

. accouchements à hauts risques c'est-à-dire

"lorsque sont prévisibles ou apparaissent certaines conditions pathologiques capables de retentir gravement sur la mère ou sur le foetus". Leur dépistage et leur prévention doivent être entrepris "dès la première consultation prénatale et poursuivis tout au long de la grossesse".

Ainsi doivent accoucher dans les maternités régionales et centrales :

- primigestes
- multipares âgées
- femmes aux utérus cicatriciels
- issue malheureuse des grossesses précédentes (avortements, mort-nés ...)
- antécédents médicaux (anémie, diabète, maladie rénale, H.T.A.)
- des troubles de la grossesse actuelle (disproportion foeto-pelvienne, hémorragies, anémie, infection, présentation anormale, toxémie).

. Les accouchements sans risques prévus peuvent se dérouler dans les maternités secondaires sous la surveillance d'un personnel auxiliaire, régulièrement contrôlé.

c. Soins post-nataux.

Ils protègent mère et enfant :

. toilette vulvaire
. toilette des seins
. ...

d. Education sanitaire.

Elle sera axée sur

. La nutrition

- insister sur l'importance du régime alimentaire de la femme enceinte, de la mère et de l'enfant
- apprendre aux mères à composer des menus comportant en bonne proportion des éléments protidiques, lipidiques et glucidiques à partir des aliments locaux
- enseigner l'hygiène de l'alimentation non seulement aux enfants à l'école, mais aussi aux parents et à la collectivité toute entière.

Cette éducation sera donnée non seulement dans les centres de P.M.I., mais aussi en permanence dans toutes les formations sanitaires. Il importe que le personnel soit lui-même préparé à donner un tel enseignement dans l'exercice de ses fonctions courantes. Mais on devra tenir compte des aspects socio-culturels propres à chaque région.

"L'enseignement des méthodes modernes d'alimentation infantile dans les centres de P.M.I. des régions tropicales et subtropicales doit associer science et tradition en un tout harmonieux" (JELLIFFE).

En milieu rural le personnel du dispensaire se rend dans les villages pour y donner des soins aux malades et faire des cours en plein air.

. L'hygiène du milieu.

Elle concerne l'habitat, l'assainissement, la distribution d'eau et l'installation des latrines.

C'est le domaine du Service d'Hygiène Générale aidée par le Service d'Epidémiologie et des Grandes Endémies.

e. Prévention des maladies.

. Congénitales et héréditaires.

Elle vise plus particulièrement la drépanocytose: le test d'Emmel est systématiquement fait chez tous les enfants hospitalisés. Dans le carnet de santé, il fait partie des examens obligatoires. Dès l'école, les filles et les garçons seront avertis des risques d'un mariage entre hétérozygotes.

. Transmissibles et contagieuses.

Il importe tout d'abord de bien utiliser les quelques vaccins qui sont à notre disposition : après la primo-vaccination, contrôler les résultats et s'assurer que les rappels sont effectués.

Les travailleurs de l'Etat et ceux du secteur privé bénéficient des allocations familiales qui sont de 1 200 fr C.F.A. par mois et par enfant. Au lieu de les remettre à un père qui en fait ce que nous savons, il serait souhaitable d'utiliser directement certaines mensualités pour l'achat des vaccins du bébé. Signalons que les sages-femmes , les puéricultrices et les assistantes sociales de Brazzaville ont proposé que les allocations familiales ne soient plus versées au mari. Elles seront confiées à l'assistante sociale du quartier qui les remettra à la mère avec des conseils d'utilisation au profit du bébé.

La vaccination de tous les enfants est certainement l'objectif vers lequel on doit tendre.

. Nutritionnelles.

Toutes les carences vitaminiques se voient mais arrêtons-nous sur la malnutrition protéino-calorique, "toile de fond sur laquelle se déroule tous les drames" de l'enfant africain.

En milieu rural, c'est l'ignorance et certains tabous qui sont causes de la malnutrition.

En ville "la diffusion de la technologie n'a guère contribué jusqu'à présent à améliorer la situation; il se peut même que, souvent, elle l'ait aggravée en détruisant des croyances ou en interdisant des usages anciens et éprouvés, sans rien offrir à la place" (JELLIFFE).

Les syndromes de malnutrition protéino-calorique de la première enfance - Kwashiorkor, marasme, et formes intermédiaires constituent en eux-mêmes une cause non négligeable de mortalité. Leur létalité est accrue par les infections intercurrentes: "cela tient en partie à ce que les maladies diarrhéiques, la rougeole et d'autres infections précipitent des malnutritions protéiques, mortelles chez les enfants dont l'état de nutrition protéique est déjà précaire et dont la croissance et le développement se trouvent pour cette raison stationnaires" (BEHAR et al., 1958).

L'allaitement maternel est recommandé : si le régime de la mère est équilibré, l'enfant nourri au sein risque moins d'être atteint de maladies nutritionnelles. Et surtout, "l'allaitement maternel présente des avantages qui sont bien connus : coût nul, absence de contamination bactérienne, composition et température constantes, commodité".

Le sevrage, "phase qui s'étend du moment où l'enfant est uniquement nourri au sein, jusqu'à celui

où il est mis entièrement en régime de l'adulte", mérite d'être entouré de tous les soins. C'est à cet âge (18-24 mois) que la mortalité est la plus forte. "C'est une phase de transition dangereuse sur les plans nutritionnel , digestif, psychique et immunologique, souvent rendue plus dangereuse encore par les pratiques traditionnelles" (JELLIFFE).

Nous suivrons les conseils de JELLIFFE :

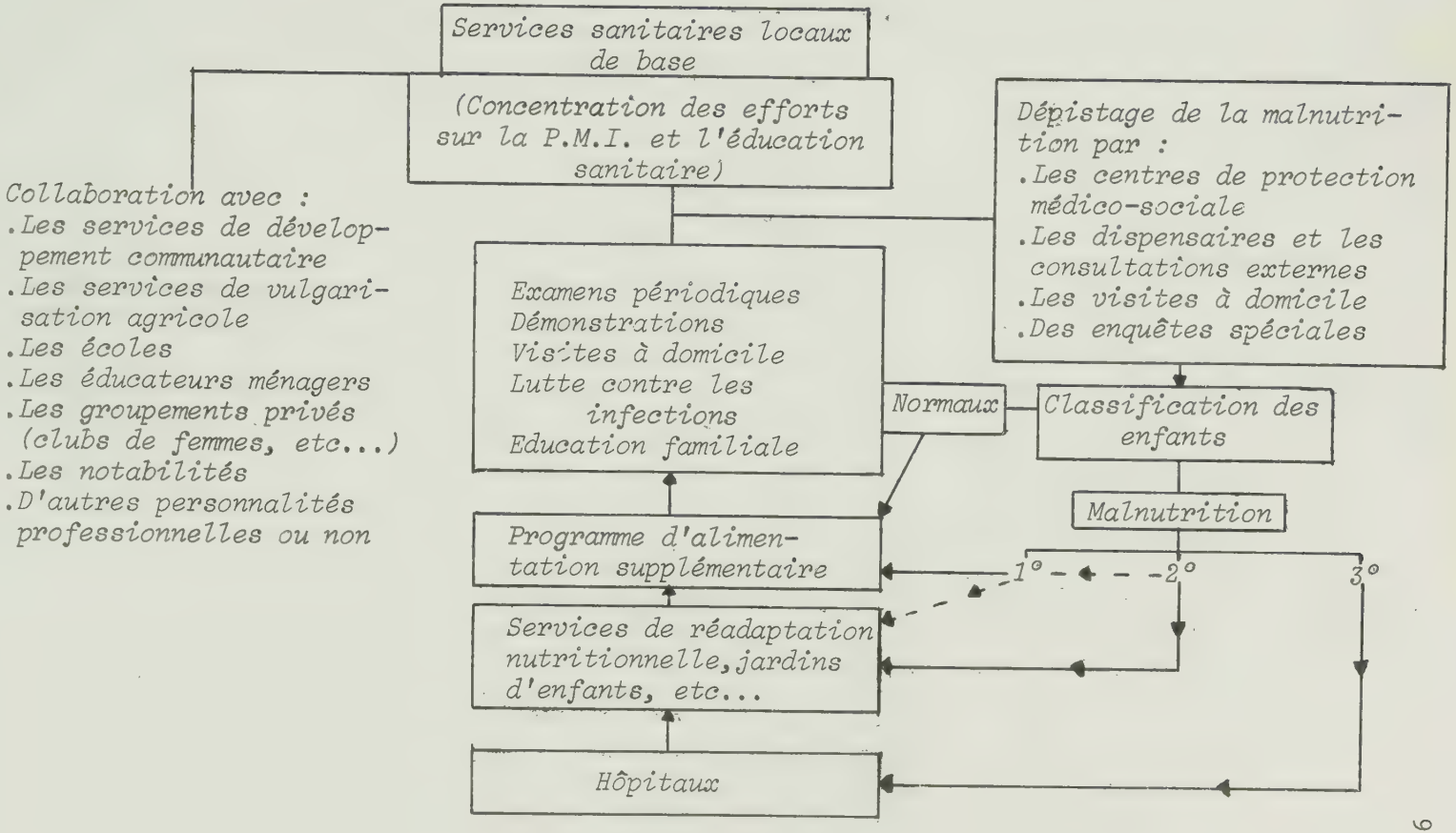
- pendant les 6 premiers mois uniquement allaitement maternel
- introduire ensuite des aliments semi-solides et diversifier le régime aussi rapidement que possible afin qu'il englobe tous les éléments du menu des adultes et surtout les aliments protéiques.

Il faut enseigner aux mères et au personnel subalterne la meilleure façon de tirer parti des ressources alimentaires locales.

Nous rendons ici hommage aux puéricultrices de l'équipe de P.M.I. que dirige avec intelligence le DrBACKER; elles mettent au point, à partir des produits locaux, des menus qui rivalisent d'ingéniosité. Ils sont utilisés comme aliments de sevrage et donnent des résultats spectaculaires chez des enfants mal nourris.

Nous emprunterons encore au Dr JELLIFFE son schéma de l'"organisation d'un programme local visant à protéger les jeunes enfants de la malnutrition".

Organisation d'un programme local visant à protéger les jeunes enfants de la malnutrition (d'après JELLIFFE)



f. Surveillance périodique de la population infantile exposée.

C'est la certitude que beaucoup de décès seraient évités si les enfants étaient vus à temps par un membre du corps sanitaire, qui a conduit le Dr et son équipe, qui ont élaboré le carnet de santé, d'y prévoir les consultations des nourrissons tous les mois, jusqu'à l'âge de 2 ans. En fait l'enfant est vu chaque semaine durant toute cette période par une puéricultrice ou une auxiliaire qui relève son poids, sa taille et vérifie si les vaccinations sont à jour.

Cette surveillance est assurée par des centres fixes mais aussi par des équipes mobiles qui vont de maison en maison, de village en village. Il s'établit un courant à double sens : tantôt ce sont les mères qui viennent au centre, tantôt ce sont les travailleurs sanitaires qui vont au domicile des mères.

Comme nous l'avons déjà dit, cette surveillance requiert la collaboration de toutes les formations sanitaires de base et de tout le personnel médical et para-médical.

C O N C L U S I O N S

La P.M.I. en R.P.C. est encore loin de remplir entièrement toutes les tâches qui lui reviennent.

Sur toute l'étendue du territoire elle dispose de quelques établissements, uniquement à Brazzaville et à Pointe-Noire, et d'un personnel quantitativement et qualitativement insuffisant.

Son organisation et son développement dans les années à venir sont impératifs. L'insuffisance, tant quantitative que qualitative, des services de P.M.I. contribue à élever le taux de la morbidité et de la mortalité maternelle, ainsi que celui de la morbidité et de la mortalité infantile, particulièrement pendant les deux premières années de vie.

Son activité pour être efficace doit être suivie, contrôlée et coordonnée grâce à des données contenues dans un plan d'ensemble.

C'est autour du programme de P.M.I. que doit se faire l'éducation sanitaire de toute la collectivité : les femmes enceintes, les femmes en couches et celles qui allaitent, les nourrissons et les jeunes enfants qui forment la couche la plus vulnérable de notre société, sont aussi ceux à qui l'on porte le plus d'affection. Chacun sera plus attentif aux conseils qui permettent de préserver leur santé et leur vie. La surveillance permanente de cette population exposée doit se faire par des centres fixes et des équipes mobiles.

Il faut intégrer les services de P.M.I. dans toutes les formations sanitaires de base avec lesquelles ils doivent former un tout harmonieux.

On tentera de rompre la synergie létale malnutrition - infection par l'éducation nutritionnelle des mères et par la vaccination des nouveau-nés.

-:-

Comme tout ce qui n'existait pas pendant la colonisation, la P.M.I. en R.P.C. est entrain de naître d'une manière lente, hésitante. Son développement dépend, certes de l'importance que lui accordent les pouvoirs publics, du dynamisme de la société toute entière, mais et surtout de la prise de conscience du corps médical congolais - nous voulons dire de la décolonisation mentale des médecins congolais - que, c'est d'une médecine préventive bien structurée, bien comprise, que naîtra la solution des problèmes sanitaires de notre pays.

"En rendant les individus plus conscients des exigences de la santé, plus confiants en eux-mêmes, plus réceptifs aux conseils et plus capables d'une attitude adulte face aux problèmes liés à la prévention de la maladie, ainsi qu'à la protection et à la promotion de la santé, une éducation sanitaire efficace aide un pays à atteindre ses objectifs de développement, car il est bien certain qu'une population saine représente pour la vie socio-économique d'une nation un potentiel accru d'énergie, d'activité et de production".

SERMENT

En présence des maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu,
Le Président de l'Université de Bordeaux II :
H. BRICAUD

Bon à imprimer,
Le Président de Thèse :
P. FREOUR

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 14 Novembre 1972
Le Chancelier des Universités :
R. PAULIAN

B I B L I O G R A P H I E

ADJOU-MOUMOUNI B. et KACIC DIMITRI M. - Activités de Protection Maternelle et Infantile au sein des services de santé de base.
Cahiers Techniques Afro, N° 2, édités par Bureau régional pour l'Afrique (AFRO) Organisation Mondiale de la Santé, Brazzaville. 1970.

AFRIQUE MEDICALE, n° 90, mai 1971.
Education sanitaire et guérisseurs.
487-490.

ALGERIE. République démocratique et populaire.
Protection médicale des jeunes.
Activités de l'année 1964.

ALIHONOU M. E. - Le tétanos néo-natal en zone tropicale.
Thèse de doctorat de la Faculté de Médecine.
Université de Dakar, 1969, n° 7, 213 p.

ANTOINE J. - Bilan d'une année de consultations prénatales et post-natales au centre de Protection Maternelle et Infantile et d'éducation sanitaire de Cocody (Abidjan).
Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'obstétrique de langue française, Paris, 1968, 20, n° 1, janv.-mars, 1-8.

AUDIBERT A. - Le Service de Protection Maternelle et Infantile en République de Haute Volta (organisation, généralités).
Enfant en milieu tropical, Paris, 1963, n° 12, 3-8.

BARLA-MOUKOKO L. T. - Rapport sur le fonctionnement technique du Centre de Protection Maternelle et Infantile de Douala (1966-1967), Cameroun.
Enfant en milieu tropical, Paris-Dakar, 1968, n° 48, 18-31.

BARLA-MOUKOJO L. T. - Réalisations pratiques contre la malnutrition au Cameroun.
Enfant en milieu tropical, 1968, n° 48, 12-17.

BELOPETA, MITO - La protection sanitaire de la femme-mère en Macédouane : 1952-1961, Yougoslavie.
Mémoire pour le titre d'Assistant étranger.
Paris, Faculté de Médecine, 1964.

BEN BRAHEM R. - Problèmes d'assiduité, de morbidité et de mortalité des nourrissons fréquentant les dispensaires urbains de P.M.I. (Tunis).
Tunisie Médicale, Tunis, 1960, 38, n° 4, avril.

BEN BRAHEM R. - Aperçu de la croissance pondérale d'un groupe de nourrissons dans un Centre de P.M.I. urbain (Tunis).
Centre International de l'Enfance.
Journées Africaines de Pédiatrie, Dakar, 12-16 avril 1960, Paris, C.I.E. 1961, 112-114.

BENKHELJFA A. - Contribution à l'obstétricie sociale en Algérie (15 mois de pratique à l'hôpital régional de Batna).
Thèse, Alger, 1955, n° 84.

BOURREAU A. et LABUSSIERE R. - Le dépistage systématique de la drépanocytose au dispensaire de P.M.I. de Yaoundé (Cameroun).
Afrique Médicale, 1968, n° 64, nov.
p. 699.

BRYM P. - Les problèmes de la mère et de l'enfant au Togo et le rôle de la Sage-femme.
Afrique Médicale, Dakar, 1964, 3, n° 23, octobre.
493-494.

CABANNES R. - L'hémoglobine S dans l'Afrique de l'Ouest.
Médecine d'Afrique Noire, 1969, n° 3, mars.
253-255.

CAUVIN F. - La protection Maternelle et Infantile au Maroc.
Maroc Méd., janv. 1950, 29, n° 296.
149-154.

CAZAUX M. - La Protection Maternelle et Infantile à Casablanca.
Maroc Méd., mai 1956, 35, n° 372.
518-519.

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, Paris - Place de la P.M.I. dans la Santé Publique.
Par A. PRIGENT, Brazzaville, C.I.E., 1964.
Session de perfectionnement, Brazzaville, 6-18 juil. 1964.

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, Paris - Tendances de la P.M.I. dans le secteur de Brazaville.
Par L. GRELLIER, Brazaville, C.I.E., 1964.

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, Paris - Organisation de la Protection Maternelle et Infantile en brousse.
Par V. DAN, Brazaville-Libreville, C.I.E., 1964.
Sessions de perfectionnement, Cours communs à Brazzaville-Libreville, 6-31 juil. 1964.

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, Paris - Protection Sanitaire et Sociale de l'enfant de 0 à 14 ans à Libreville.
Par N. GUSTAVINO, Libreville, C.I.E., 1964.
Session de perfectionnement, Libreville, 30-31 juil. 1964.

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, Paris - Place des Services de P.M.I. dans la Santé Publique au Togo.
Par C.J. EDORH.
Session de perfectionnement pour personnel médical, para-médical et social, Ouagadougou, Lomé, juillet-août 1965.
Paris, C.I.E., 1965, ' p.

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, Paris - Place des Services de Protection de la mère et de l'enfant dans la Santé Publique.
Par V. DAN.
Session de perfectionnement pour personnel médical, para-médical et social. Ouagadougou, Lomé, juillet-août 1965, 4 p.

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, Paris - Organisation de la Protection Maternelle et Infantile.
Par T. GUEYE, Dakar, C.I.E., 1964.
Cours de Santé publique appliquée aux problèmes de l'enfance.
Dakar, 13 avril-10 mai 1964.

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, Paris - Séminaire de Protection Maternelle et Infantile. Léopoldville, 8-13 juillet 1963.

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, Paris - Protection de l'enfance de 0 à 6 ans.
Par M. GAYE, Dakar, C.I.E., 1964.
Cours de Santé publique appliquée aux problèmes de l'enfance.
Dakar, 13 avril-10 mai 1964.
11 p.

CORDIER, Soeur Marie Fabiola - Contribution à l'étude du problème du nourrisson noir au Congo-Kinshasa.
S.I.N.N., 1967, 119 p.
En tête : Université Catholique de Louvain.
Mémoire pour l'obtention de Licence en Sciences Médico-Sociales et gestion hospitalière.

CRAPUCHET S. - Orientation de l'action sociale vers les besoins de l'enfance et de laj eunesse dans trois pays de l'Afrique de l'Ouest.
1. La Côte d'Ivoire
ENFANT EN MILIEU TROPICAL, Paris, 1966, n° 30.
p. 5-44.

DA SILVA PEREIRA J. M. - Soins prénataux.
An Brasil. Gin., av. 1958, 45, n° 4,
225-230 (Résumé français).

DATTA S. P. - Organisation du programme de Protection familiale et plus particulièrement des services de P.M.I. dans une communauté urbaine défavorisée de Pondichéry, dans le Sud de l'Inde.
Enfant en milieu tropical, Paris, 1971, n° 73, 3-11.

DRUMMOND I. P. - A propos du plan d'Assistance Maternelle au Brésil.
Rev. Gin. Obst., déc. 1969, 43, n° 6, 688-692.

EBRAHIM G. R. - Problèmes pratiques de protection maternelle et infantile en Afrique Tropicale.
East African Literature Bureau, Nairobi, 1968, 64 p.
Extraits traduits en Français dans L'enfant en milieu tropical, 1969, n° 59 - 60. 48-51.

EBRAHIM G. J. - Le nouveau-né en Afrique Tropicale.
East African Literature Bureau, Nairobi, 1969, 98 p.
Extraits traduits en Français dans L'enfant en milieu tropical, 1970, n° 66-67 5-8.

EL-HAJI M. A. - La protection Maternelle et Infantile au Liban.
Thèse Paris 1951, 55 p.

ERNY P. - L'enfant dans la tradition africaine.
Enfant en milieu tropical, Paris, 1968, n° 49, 22-28.

EVANG. K., GORDON J. E. et TYLER R. G. (1951) - Public Healch Lectures, Medica Teaching Mission to Israël, Unitarian Service Commitee Inc., Boston, Mass.

FAGET C. (Mlle) - Le Service Social dans la protection maternelle et infantile.
Bull. méd. A.O.F. (Journées médico-sociales de Dakar, 28-29-30 oct. 1957), 1958, 3 41-44.

FISCHETTI N. M. et LENA B. - La protection maternelle et infantile dans le cadre des services de santé publique dans les pays africains.
Minerva med., 11 juil. 1966, 57, n° 55 2534-2537.

FLAVIAN L. et SENGHOR A. - Activités sociales du Centre de Protection Maternelle et Infantile de Dakar.
Enfant en milieu tropical, Paris, 1962, n° 6, 24-28.

GHOORAT H. - L'éducation sanitaire par une organisation volontaire à l'île Maurice.
Enfant en milieu tropical, 1969, n° 57, 32-33.

HAROON S. - Les problèmes des soins anténataux aux tropiques.
Brit. Méd. J., 3 juin 1967, 2, n° 5552 617-619.

HAVERIC D. - Organisation de la protection de la mère et de l'enfant avec l'aide des médecins qui ont suivi les cours de pédiatrie et d'obstétrique sociales.
Courrier Centre international de l'Enfance, Paris, 1970, 20, n° 5, sept-oct. 449-454.

HAZAREESINGH T. - L'action sociale dans les régions rurales de l'Ile Maurice.
Enfant en milieu tropical, 1969, n° 57, 34-36.

JELLIFFE D. B. - L'alimentation du nourrisson dans les régions tropicales et subtropicales.
Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1970.

JELLIFFE D. B. - Les centres de réhydratation dans les pays en voie de développement.
Journal of Tropical Pediatrics, London 1969, 15, n° 1, 1-3.
Traduit dans L'Enfant en milieu tropical, 1970, n° 62-63, 9-10.

KLEFSTAD-SILLONVILLE F. - Santé Publique au Cameroun : les écoles des mères.
Afrique Médicale, 1971, n° 87, 165-169.

KLEFSTAD-SILLONVILLE F. - Les accoucheurs du village.
Enfant en milieu tropical, Paris, 1970, n° 65, 25-30.

KLEFSTAD-SILLONVILLE F. - Le jardin d'enfants au village.
Enfant en milieu tropical, Paris, 1971, n° 73, 28-34.

LAFFONT A. - Du rôle médico-social de la sage-femme en Afrique du Nord.
Maroc méd., août 1959, 38, n° 411. 1147-1153.

LAMBERT C. I. - Contribution à l'étude des problèmes de la protection maternelle et infantile en milieu rural Congolais.
Acta Tropical, Basel, 1960, 17, n° 2, 138-178.

LAPEYSSONNIE L. - Eléments d'Hygiène et de Santé Publique sous les Tropiques.
Paris, Gauthier-Villars, 1970, 363 p.
Résumé dans l'Enfant en Milieu Tropical, Paris, 1971, n° 71-72, 5-8.

LECANNELIER R., CORREA P. et LAUROY J. - Les consultations prénatales dans la presqu'île du Cap Vert.
Journées africaines de Pédiatrie, Dakar, 1960, 84-92.

LIVET R. - Géographie de l'alimentation.
Enfant en milieu tropical, Paris, 1971, n° 71-72, 13-16.

Mc GREGOR L. A. et al. - Enquête sur la croissance et la santé des jeunes enfants en Afrique Tropicale.
La naissance des jeunes enfants d'un village gambien.
Enfant en milieu tropical, Paris, 1959, n° 59-60, 5-10.

MADAGASCAR - LOIS - Protection des enfants d'âge préscolaire : création de postes annexes de protection maternelle et infantile.
Arrêté n° 1711 - S.A.N. du 8 juin 1965 portant Organisation des centres de distribution préscolaire de nivaquine.
(J.O. de la République Malgache, 28 août 1965, n° 437, p. 1365).
O.M.S. Recueil international de législation sanitaire, Genève, 1966, 17, n° 3, p. 577.

MAURANGES P. - Contribution des S.G.H.M.P. de l'Afrique française noire à l'exercice de la protection maternelle et infantile.
Semaine méd. (Suppl. Sens. Hôp. Paris), 14-20 juil. 1961, 37, n° 6, 538-539.

MORENO VAZQUEZ O. et DUVOS GATO H. - La atencion del recien madico en Cuba.
Revista Cubana de Pediatria, La Habana, 1969, 41, n° 1-2-3, junio 30, 61-66.
(Résumé en Français).

MOUASSAB A. - Protection Maternelle et Infantile en France et possibilités d'adaptation dans les pays sous-développés.
Thèse Paris, 1966, 38 p.

OGBEIDE M. I. - Problèmes de santé des enfants.
(Document de travail présenté au Sommaire sur l'organisation et l'administration des services de protection maternelle et infantile, Brazzaville, 10-21 nov. 1969, AFR/SEM. MCH/3).

O.M.S., Bureau régional pour l'Afrique (1967) - Les problèmes sanitaires posés en Afrique par les enfants d'âge préscolaire et l'organisation nécessaire pour les résoudre.
(Document de travail présenté à la dix-septième session du Comité Régional pour l'Afrique - AFR/RC 17/TD/1).

O.M.S., Bureau régional pour l'Afrique (1969) - Rapport final du séminaire sur l'organisation et l'administration des services de protection maternelle et infantile, Brazzaville, 10-21 nov. 1969.

O.M.S. - Développement de la P.M.I. en Turquie.
O.M.S. Chronique, 1957, 11, n° 2, fév., p. 49.

O.M.S. - Le rôle de l'hôpital dans le programme de Santé Publique -
Rapport sur les décisions techniques qui ont eu lieu lors de la Dixième Assemblée Mondiale de la Santé.
O.M.S. Chronique, 1957, 11, n° 6-7, juin-juil.

O.M.S. - La P.M.I. dans les pays en voie de développement
O.M.S. Chronique, 1958, 12, n° 11, nov., p. 383.

O.M.S. - L'infirmière de la santé publique.
O.M.S. Chronique, 1959, 13, n° 2, fév., p. 76.

O.M.S. - L'éducation sanitaire de la population.
O.M.S. Chronique, 1960, 14, n° 2, fév., p. 59.

O.M.S. - Lait et malnutrition.
O.M.S. Chronique, 1960, 14, n° 10, oct., p. 393.

O.M.S. - Habitudes alimentaires et malnutrition.
O.M.S. Chronique, 1961, 15, n° 7, juil., p. 272.

O.M.S. - Aide aux nouveaux Etats indépendants.
O.M.S. Chronique, 1962, 16, n° 4, avril, p. 130.

O.M.S. - La P.M.I. en U.R.S.S.
O.M.S. Chronique, 1962, 16, n° 10, oct., p. 391.

O.M.S. - Cours de protection maternelle et infantile au Gabon.
(Cours d'une durée de 18 mois organisé à l'intention des travailleurs sanitaires des districts ruraux du pays par le Centre de Protection Maternelle et Infantile de Libreville).
O.M.S. Chronique, 1962, 16, n° 10, oct., p. 413.

O.M.S. - La nutrition pendant la grossesse et l'accouchement.
O.M.S. Chronique, 1965, 19, n° 8, août, p. 358.

O.M.S. - La protection de la maternité dans le monde.
O.M.S. Chronique, 1967, 21, n° 4, avril, p. 157.

O.M.S. - Enseignement et Formation professionnelle du personnel de santé.
O.M.S. Chronique, 1970, 24, n° 10, oct., p. 497.

O.M.S. - Prévention de la malnutrition chez la mère et l'enfant africain.
Sér. Rapp. tech.., 1958, 149.
Comité mixte FAO/OMS d'experts de la nutrition. 5ème rapport.

O.M.S. - L'emploi et la formation du personnel auxiliaire en médecine, en soins infirmiers, en obstétrique et en assainissement.
Sér. Rapp. techn., 1961, 212.

O.M.S. - La planification des services de santé publique.
Sér. Rapp. techn., 1961, 215.

O.M.S. - Effet de la malnutrition de la mère sur les réserves de nutriments du foetus.
Sér. Rapp. techn., 1962, 245.
Comité mixte FAO/OMS d'experts de la nutrition. 6ème rapport.

O.M.S. - Conférence africaine CCTA/OMS sur l'Ankylostomiase.
Brazzaville, 22-29 août 1961.
Sér. Rapp. techn., 1963, 255.

O.M.S. - Le point de vue social dans l'enseignement de l'obstétrique et de la gynécologie.
Sér. Rapp. techn., 1963, 266.

O.M.S. - Rôle de la Sage-femme dans la protection de la maternité.
Sér. Rapp. techn., 1966, 331.

PAUL-PONT I. - Protection de l'enfance dans les zones rurales.
Enfant en milieu tropical, 1970, n° 66-67, 36-38.

PHAN-DINH-TUAN - Problèmes de la santé et du bien-être des enfants au Vietnam.
Rapports présentés au Séminaire sur l'enseignement de la pédiatrie.
Saigon, 8-13 mars 1967.
Enfant en milieu tropical, 1968, n° 46-47, 36-40.

PHILIP-WERTHEIMER J. (Mme) - La Protection Maternelle et la famille à Cayenne.
Bull. Acad. nat. Méd., 18 nov. 1958, 122, n° 29-30, 782-788.

POPOFFA - La Protection Maternelle et Infantile au Maroc.
Maroc méd., oct. 1955, 34, n° 365. 1247-1251.

QUENUM A. - L'Afrique face au problème de la contraception.
Afrique Documents, Dakar, 1967, n° 94-95 et 6e cahier, 316-327.

RAONISON M. - Participation des mères malgaches à la protection maternelle et infantile.
Paris, s.n., 1964, 27 p.

RAOURT A. - Une solution au problème du sevrage : la supéramine algérienne.
Enfant en milieu tropical.
1971, n° 70, 5-10.

RICHET - Contribution quotidienne des S.G.H.M.P. de l'Afrique française noire à l'exercice de la protection maternelle et infantile.
Bull. méd. A.O.F. (journées médico-sociales de Dakar, 28-29-30 oct. 1957), 1958, 3, 45-50.

RUFF J. et JENICEC M. - L'hygiène scolaire dans les pays en voie de développement.
Revue d'Hygiène et de Médecine Scolaire et universitaires, 1968, 21, n° 3, 167-176.

SANKALE M. et PENE P. - La protection de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.
Méd. Af. noire, 16 au 30 juin 1959, 6, n° 12, 287-292.

SATGE P. - Essai de mise en place d'une protection infantile efficace pour la tranche d'âge 0-4 ans dans un faubourg de Dakar (Pikine).
Courrier Centre International de l'Enfance, Paris, 1970, 20, n° 1, janv. fév., 1-13.

SATGE P. et VUYLSTEKE J. - Que penser de l'aliment de sevrage.
Enfant en milieu tropical, Paris, 1971, n° 70, 3-4.

SATGE P., BOURTHREUIL E., VILLOD M. T. et TOURE M. - Un centre d'étude et d'application des méthodes de Santé publique et de protection de l'enfance en milieu sub-urbain : Pikine (Sénégal).
Enfant en milieu tropical, Paris, 1970, n° 64. 29-36.

SATGE P., COLY F., DAN V. et DEBROISE A. - Principaux problèmes posés par la santé de l'enfant en zone tropicale.
Recherches de solutions.
Enfant en milieu tropical, 1969, n° 58, 3-15.

SELTZER B. - La P.M.I. au Sénégal et au Cameroun.
Paris, s.n., 1964.

SENECAL J. - La protection maternelle et infantile en Afrique Occidentale Française.
Bull. Acad. nat. Méd., 17 déc. 1957, 141, n° 34, 780-785.

SENECAL J. - L'organisation du service de protection maternelle et infantile en Afrique Occidentale Française.
Bull. et mém. Dakar, 1957, 5, 156.

SENECAL J. - Rôle de l'éducation en matière de santé dans les programmes de protection maternelle et infantile en A.O.F.
Bull. et mém. Dakar, 1957, 5, 152.

SENECAL J. et FAGET (Melle M.) - Protection Maternelle et Infantile et Nutrition. Réalisations pratiques.
B.M. Ecol. prép. méd. pharm., Dakar, 1956, 4, 121.

SENECAL J. - Place de la Protection Maternelle et Infantile dans la Santé Publique.
Journées africaines de Pédiatrie, Dakar, 12-16 avril 1960, 80-83.

SENECAL J. - Problèmes actuels de la Pédiatrie dans les pays en voie de développement.
Enfant en milieu tropical, 1968, n° 52, 3-13.

SENGA P. - Etude clinique et prophylaxie du Kwashiorkor au Congo-Brazzaville.
Thèse pour le Doctorat en médecine, présentée et soutenue le 23 avril 1970, Tours.

SENGHOR G. - La Protection Maternelle et Infantile en milieu rural.
Journées Médicales de Dakar, Colloques de Santé Publique. Dakar, 9-10 janv. 1963.
Casablanca, Impr. Laski Frères, 1963, 77-78.

TCHICHELLE A. - La Mortalité Infantile à l'Hôpital Général de Brazzaville.
Thèse pour le Doctorat en Médecine présentée et soutenue le 5 mars 1969, Bordeaux, 59 p.

TITTI P. - Education sanitaire en milieu hospitalier au Cameroun.
Lutte contre les affections de la mère.
Afrique Médicale, Dakar, 1967, 6, n° 53, oct., 606-607.

TOURE Marie et VILLOD Marie-Thérèse - Démonstration pratique pour faire comprendre aux mères l'importance des trois groupes d'aliments et le rôle d'une alimentation équilibrée dans la croissance de l'enfant.
Enfant en milieu tropical, 1970, n° 61, 17-25.

TRUSSEL R. R. - Problèmes de santé des mères.
(Document de travail présenté au Séminaire sur l'organisation et l'administration des services de protection maternelle et infantile, Brazzaville, 10-21 nov. 1969, AFR/SEM.MCH/4).

TRUSSEL R. R. - Rôle du personnel para-médical dans la protection maternelle et infantile.
(Document de travail présenté au Séminaire sur l'organisation et l'administration des services de protection maternelle et infantile, Brazzaville, 10-21 nov. 1969, AFR/SEM. MCH/11).

UDANI P. M. - Le rôle de l'hôpital dans l'enseignement de la pédiatrie sociale et préventive.
Enfant en milieu tropical, 1970, n° 61, 3-9.

EDITIONS BERGERET -2, rue Bergeret- BORDEAUX. Tél. 91.12.59